**Spett.le AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 7**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL’ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**Annualità** **2024**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numero di telefono e/o cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

eventuale indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di** *(barrare la voce che interessa):*

1. persona anziana in situazione di non autosufficienza

**oppure:**

1. familiari conviventi con l’anziano o che si occupano della sua cura, anche non conviventi, e che si impegna alla sottoscrizione del Patto Assistenziale oppure altri soggetti delegati.
2. il soggetto incaricato alla tutela dell’anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno).

**chiede**

**L’ACCESSO ALL’ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI anno 2024**

per sé medesimo

per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

persona anziana in situazione di non autosufficienza

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto è’ consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del d.p.r. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 d.p.r. 445/2000).*

DICHIARA

che la persona ANZIANA in situazione di NON AUTOSUFFICIENZA:

* ha beneficiato dell’assegno di cura nell’anno 2023 **SI  NO **
* è invalido civile al 100%; ed è titolare di indennità di accompagnamento o in alternativa è titolare dell’assegno per l’assistenza personale continuativa erogato dall’INAIL se rilasciato a parità di condizioni dell’indennità di accompagnamento dell’INPS e alternativo alla stessa misura;
* usufruisce di assistenza presso la **propria residenza** o presso altro domicilio privato, (indirizzo domicilio privato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Assistenza fornita:**

** direttamente da un familiare**: figlio/a , fratello/ sorella , coniuge , nipote , altro 

cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** con l’aiuto di assistenti familiari private**/ colf in possesso di regolare contratto di lavoro:

cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*- iscritta all’elenco regionale degli Assistenti Familiari gestito presso i CIOF: SI □* ***NO*** *□* ***se no il sottoscritto si impegna ad accertare l’avvenuta iscrizione presso il suddetto elenco entro 12 mesi*** *dalla concessione del beneficio;*

* Che il valore **ISEE ORDINARIO/SOCIO-SANITARIO** ammonta a

**€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**come da certificazione allegata in corso di validità.

oppure, in alternativa

* di avere presentato la DSU necessaria per la predisposizione del modello ISEE in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciata presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La persona anziana in situazione di non autosufficienza *(da barrare le caselle sotto riportate)*:

non risiede in una Struttura Residenziale;

**non usufruisce** del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

oppure si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione all’assegno di cura

**non usufruisce** delle prestazioni Home Care Premium oppure si impegna a rinunciare all’intervento Home Care Premium in caso di ammissione all’assegno di cura

**non usufruisce** degli interventi Vita Indipendente oppure si impegna a rinunciare agli interventi Vita Indipendente in caso di ammissione all’assegno di cura

**non usufruisce** di Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la “Disabilità Gravissima” oppure  si impegna a rinunciare, in caso di ammissione all’assegno di cura, all’Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la “Disabilità Gravissima”.

Il **Medico di medicina generale** dell’anziano è il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il nucleo familiare anagrafico, della persona anziana non autosufficiente è così composto:

|  |
| --- |
| **Composizione nucleo familiare anagrafico**  |
| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | parentela | occupazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DICHIARA INOLTRE**

Di impegnarsi a comunicare nel termine di 10 giorni, e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell’assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio. ecc).

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita con il bando pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

**CHIEDE ALTRESI'**

che nel caso di ammissione all’Assegno di cura, il **contributo assegnato** dovrà essere liquidato mediante la seguente modalità:

□ **CONTO CORRENTE POSTALE** non è ammesso versamento su libretto postale.

 INTESTATO A :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIN INTERNAZ. CI N ABI CAB N. CONTO CORRENTE Intrattenuto presso (indicare Istituto di credito) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale (indicare la sede esatta)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **CONTO CORRENTE BANCARIO**

INTESTATO A :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***IL CODICE IBAN DOVRÀ ESSERE ALLEGATO ALLA DOMANDA.***

**Allega alla presente:**

* copia del verbale di invalidità civile e riconoscimento dell’indennità di accompagnamento o dell’assistenza personale continuativa erogata dall’INAIL;
* copia di un valido documento di riconoscimento dell’anziano non autosufficiente e in caso di altro richiedente anche copia del documento di quest’ultimo unitamente ad apposita delega (Allegato n.1);
* attestazione I.S.E.E. ORDINARIO o SOCIO-SANITARIO laddove più conveniente, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – in corso di validità, ovvero la ricevuta attestante la presentazione della DSU qualora l’ISEE non sia disponibile entro i termini di scadenza del bando. Nel caso di presentazione della sola DSU, il richiedente dovrà far pervenire all’ ATS n.7 idonea attestazione ISEE entro e non oltre 3 giorni dal rilascio da parte dell’INPS;
* codice IBAN conto corrente (postale /bancario) in formato stampato.

Qualora l’intervento assistenziale sia gestito da assistenti domiciliari private allegare:

* copia del regolare contratto individuale di lavoro dell’assistente familiare/colf unitamente a copia dell’ultimo versamento all’INPS.
* documentazione attestante l’avvenuta iscrizione dell’Assistente Familiare all’Elenco Regionale gestito dai CIOF o dichiarazione attestante che l'adempimento sarà GARANTITO entro 12 mesi dalla concessione del contributo coincidente con la data di stipula del Patto per l'Assistenza.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato 1**

**MODELLO DELEGA PRESENTAZIONE DOMANDA PER CONTO DELL’ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE**

Il/La sottoscritto/a (anziano non autosufficiente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**a presentare la domanda per l’Assegno di Cura anno 2024.**

**Il Delegante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato in corso di validità.

**INFORMATIVA (Reg.UE n.679/2016 e D.Lgs n.196/2003 e ss.mm.ii)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ai sensi del D.Lgs n.196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 -"Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito denominato "Codice") e del Regolamento U.E. n.679/2016, il Comune di Fossombrone, in qualità di "Titolare " del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali, che saranno trattai rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità e finalità stabiliti.**

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Ambito Territoriale Sociale N. 7**

Sede operativa Piazza Dante,25 61034 Fossombrone PU

**Tel** 0721 723275 **fax** 0721 723276

**Email**: ambito@comune.fossombrone.ps.it
**PEC:** comune.fossombrone@emarche.it

**RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO:** Il Responsabile del Settore Ambito Territoriale Sociale N.7

**RESPONSABILE PROTEZIONE DATI**

Qualsiasi richiesta in merito al trattamento dei dati personali conferiti e all'esercizio dei diritti dovrà essere indirizzata al Responsabile dei dati (DPO) Protezione dei dati (DPO) Dott.ssa Martina Battazzi, contattabile inviando una mail a: rpd@cm-urbania.ps.it, o telefonando al Tel. 0722 819928

**FINALITA' DEL TRATTAMENTO:** I dati personali sono trattati per le finalità di assegnazione/svolgimento dell’attivazione dell'intervento di cui all'oggetto del modulo di richiesta, ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio/intervento. I dati personali, anche se raccolti da uno specifico settore comunale, potranno essere utilizzati dal Titolare anche per esigenze di altri settori, purché il trattamento sia sempre connesso al perseguimento delle finalità istituzionali.

**MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI**: In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali viene effettuato con modalità sia cartacee che informatizzate, nel rispetto di minimizzazione dei dati, unicamente per il servizio/intervento richiesto. Vengono quindi adottate tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare problemi di accesso non autorizzato, divulgazione, modifica o distruzione. Laddove si configurino comunicazioni obbligatorie di dati personali o le stesse siano necessarie in conseguenza della istanza o del servizio richiesto dal cittadino, i dati trattati potranno essere oggetto di comunicazione o trasferimento agli altri enti pubblici rispettando gli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti.

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea, né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea e con normative di protezione dei dati personali non allineate al Regolamento.

Le norme nazionali sulla conservazione prevedono che i dati personali forniti dal cittadino continuino ad essere memorizzati per tutto il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra riportate.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:** Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che riguardano Lei o la Sua famiglia. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici.

In base all’art.15 e seguenti del REGOLAMENTO UE, gli interessati ovvero le persone fisiche cui si riferiscono i dati, possono esercitare in qualsiasi momento i propri diritti nei confronti del Titolare; in particolare il diritto di accesso ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione, l’aggiornamento se essi risultano incompleti o erronei e la cancellazione, se essi sono stati raccolti in violazione di legge, nonché’ di opporsi al loro trattamento, fatta salva l’esistenza di motivi legittimi da parte del TITOLARE.

Per tali motivi, è possibile rivolgersi al Titolare, oppure al Responsabile ella protezione dei dati (DPO-RPD) al seguente indirizzo mail: rpd@cm-urbania.ps.it. L’interessato potrà proporre reclamo all’Autorità di controllo italiana, Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la Privacy) con sede in ROMA, Piazza di Monte Citorio n.121, CAP 00186.

**La presente informativa potrà essere revisionata ed integrata; in caso di cambiamenti importanti, sarà data notizia nella *home page* del sito web istituzionale**.

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE

Fossombrone lì,…………………………..

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_