

Al Centro Accoglienza Bambino e Famiglia
Servizio Sociale
Istituto Giannina Gaslini
GENOVA

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ (____) in _____ n° ____
nazionalità _____ in qualità di genitore/tutore del
minore _____ nato a _____
il _____ in cura presso l'UOC/UOSD _____
sotto la propria responsabilità ed ai sensi di Legge

DICHIARA

di essere privo di risorse economiche sufficienti al mantenimento per il periodo di cura di mio/a
figlio/a presso l'Istituto Giannina Gaslini e di avere a carico i seguenti familiari:

COGNOME	NOME	GRADO DI PARENTELA
---------	------	--------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Genova, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Il/La sottoscritto/a ai sensi dell'art. 13 e segg. del Regolamento UE 679/2016 (G.D.P.R) e degli articoli 13-23 del D.LGS 196/03 autorizza il trattamento dei propri dati personali e prende atto che le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite