**AMBITO TERRITORIALE N12**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***POZZUOLI*** | ***BACOLI*** | ***MONTE DI PROCIDA*** |
|  |  |  |  |
|  |  |

***SCHEDA DI PRIMO CONTATTO* *COMUNE DI:***

SCHEDA n° \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 OPERATORE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome Nome

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

Luogo e data di nascita

Cittadinanza

Residenza

Domicilio

Telefono Cellulare

Stato Civile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalità di Conoscenza del Servizio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Motivi del contatto** |
|  | **Area di Riferimento Domanda** | **Richiesta espressa** | **Risposta Fornita** |
|  | Minori |  |  |
|  | Famiglia |  |  |
|  | Anziani |  |  |
|  | Disabilità |  |  |
|  | Contrasto alla Povertà |  |  |
|  | Immigrazione |  |  |
|  | Sociosanitario |  |  |
|  | Altro |  |  |

*I/Ila sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.lgs 30.06.03 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

**Il Richiedente**