Al

Sig. DIRETTORE

Ripartizione Servizi Demografici

-SEDE-

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in

**CHIEDE** il rilascio della carta d’identità a domicilio per con consegna del documento in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine **DICHIARA, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000:**

* **di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa**;
* **di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali relativi al proprio stato di salute**;
* di trovarsi nella condizione prevista dalla D.G.C. n. 476/2015 per la fruizione del servizio: **allegare**
  + certificato rilasciato dalla ASL ai sensi della Legge n. 104/92, attestante la sensibile riduzione motoria o l’incapacità a deambulare autonomamente **oppure**
  + fotocopia della certificazione rilasciata dalla ASL ai sensi dell’art. 381 del D.P.R. 495/92, che attesti la sensibile difficoltà di deambulazione **oppure**
  + fotocopia del verbale integrale rilasciato dalla Commissione di prima istanza **oppure**
  + certificato del medico di base attestante la sensibile riduzione motoria o l’incapacità a deambulare autonomamente;
* di aver diritto alla fruizione del servizio a titolo gratuito: **allegare** modello ISEE attestante un valore inferiore a 20.000,00 €;
* di non aver diritto alla fruizione del servizio a titolo gratuito: **allegare** la ricevuta di pagamento del costo del servizio pari ad € 40.00, effettuato secondo una delle seguenti modalità:
  + direttamente in sede, tramite POS;
  + attraverso il servizio di pagamento on line;
  + con bonifico sul c/c del Comune di Bari – Unicredit, IBAN IT16R0200804030000102893244 con causale “pagamento servizio a domicilio carte d’identità – entrate diverse”;

**ALLEGA:**

1. tre fotografie formato tessera uguali, recenti e senza copricapo e/o occhiali da sole;
2. carta d’identità scaduta o in scadenza oppure denuncia di smarrimento o furto presentata all’Autorità di Pubblica Sicurezza della precedente carta d’identità con altro valido documento di riconoscimento in corso di validità;
3. versamento del diritto fisso di € 5.42 o € 10.58 in caso di smarrimento (da effettuare direttamente in sede).

Bari, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

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