

	Amministrazione destinataria Comune di Sant'Elpidio a Mare Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali
---	--

Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

Soggetto interessato											
<input type="radio"/> per sè stesso											
<input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Sesso		Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> in qualità di soggetto incaricato alla tutela dell'assistito (*)											
Nominato con il decreto											
Numero				Data	Dal tribunale di						
Per conto di											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Sesso		Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza					

(*): amministratore di sostegno, curatore, tutore legale

valore del contributo			
Valore			
€			
fissata dalla seguente struttura			
Denominazione struttura			
Telefono	Fax	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

sita in						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il destinatario dell'intervento

<input type="radio"/>	è parzialmente/totalmente non autosufficiente
<input type="radio"/>	ha una invalidità riconosciuta pari a
	Percentuale di invalidità
	%
<input type="radio"/>	ha nulla o insufficiente capacità economica da destinare al pagamento della retta
<input type="radio"/>	è titolare delle seguenti pensioni/indennità
	Specificare la tipologia

DICHIARA INOLTRE

che per l'assistito è stato nominato amministratore di sostegno, curatore o tutore il/la sig/sign.ra

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	
Nominato con il decreto								
Numero		Data del procedimento		Del tribunale di				

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia della dichiarazione ISEE
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante lo stato di invalidità
<input checked="" type="checkbox"/>	dichiarazione sostitutiva all'atto di notorietà
<input type="checkbox"/>	certificazione medica di non autosufficienza
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Sant'Elpidio a Mare

Luogo

Data

Il dichiarante