

	Amministrazione destinataria Comune di Adria Ufficio destinatario Servizi Socio Assistenziali	
----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

CHIEDE

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

<input type="radio"/>	per sè stesso		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato		
	In qualità di (*)		
	Cognome	Nome	Codice Fiscale
	Data di nascita	Sesso	Cittadinanza

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP

per la seguente struttura
Denominazione struttura

in cui
Ricovero
<input type="radio"/> è ricoverato
Data di ricovero
<input type="radio"/> non è ancora stato ricoverato
Data di presentazione domanda

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

le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare

Importo ISEE anno educativo di riferimento	Data di rilascio ISEE	Numero di protocollo DSU

che il soggetto ricoverato è titolare di

<input type="radio"/>	pensione
	Importo mensile
	€
<input type="radio"/>	indennità di accompagnamento
	Importo mensile
	€
<input type="radio"/>	in attesa del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
<input type="radio"/>	invalidità civile al 100%, con riconoscimento della Legge 05/02/1992, n. 104

che il soggetto ricoverato è

<input type="radio"/>	coniugato con		
	Cognome	Nome	Codice Fiscale
	Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
	Telefono	Reddito mensile, pensione, invalidità	
		€	
<input type="radio"/>	celibe/nubile		
<input type="radio"/>	vedovo/a		

che il soggetto ricoverato attualmente convive inoltre con

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Attività svolta

che il soggetto ricoverato attualmente risiede

<input type="radio"/>	in affitto	
	Costo affitto annuale	Importo mutuo mensile
	€	€
<input type="radio"/>	in immobile di proprietà	
<input type="radio"/>	in immobile in uso gratuito	

<input checked="" type="checkbox"/> 1° parente di riferimento (figlio, fratello, altro)					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria	
Coniuge					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Lavoro sia del parente che del coniuge					

<input type="checkbox"/> 2° parente di riferimento (figlio, fratello, altro)					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria	
Coniuge					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Lavoro sia del parente che del coniuge					

<input type="checkbox"/> 3° parente di riferimento (figlio, fratello, altro)					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria	
Coniuge					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Lavoro sia del parente che del coniuge					

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia del documento d'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 dell'istanza.
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adria		
Luogo	Data	Il dichiarante