

	Amministrazione destinataria Comune di Quiliano Ufficio destinatario Servizi Sociali	
---	---	--

Domanda di compartecipazione alla retta per struttura residenziale anziani e disabili

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"/>	
Domicilio											
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

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																																								
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="4">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">Data di nascita</th> <th>Sesso</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="4">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">Residenza</th> </tr> <tr> <th>Comune</th> <th>Provincia</th> <th colspan="3">Indirizzo</th> <th>Civico</th> <th>Barrato</th> <th>Scala</th> <th>Interno</th> <th>SNC</th> <th>CAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale														Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza														Residenza										Comune	Provincia	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP										<input type="checkbox"/>	
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																																			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																			
Residenza																																																																									
Comune	Provincia	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																															
									<input type="checkbox"/>																																																																
Per l'anno																																																																									

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

i seguenti dati sanitari del beneficiario

<input type="radio"/>	già in corso presso una struttura convenzionata ASL2
	Denominazione struttura
<input type="radio"/>	per il quale ha presentato domanda presso le strutture ASL2
	Punteggio AGED
	Strutture

dati sanitari del beneficiario					
Invalidità					
<input type="radio"/>	non è invalido				
<input type="radio"/>	è invalido				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Punteggio di invalidità</th> <th>Rilasciato in data</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Punteggio di invalidità	Rilasciato in data		
Punteggio di invalidità	Rilasciato in data				

dati patrimoniali del beneficiario	
Patrimonio immobiliare (descrizione del patrimonio immobiliare)	
Liquidità complessiva (conti correnti e depositi bancari, postali, contanti, ecc)	
€	
Amministratore o tutela	
<input type="radio"/>	che non è beneficiario di amministratore di sostegno o tutela
<input type="radio"/>	che è beneficiario di amministratore di sostegno o tutela
pertanto allega il decreto di nomina	

DICHIARA INOLTRE

che i parenti tenuti agli alimenti come previsto dall'ex articolo 433 del Codice civile

<input type="checkbox"/> il parente										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
Relazione di parentela										
<input type="checkbox"/> di averlo informato della presentazione della seguente domanda										

<input type="checkbox"/> il parente										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
Relazione di parentela										
<input type="checkbox"/> di averlo informato della presentazione della seguente domanda										

<input type="checkbox"/> il parente											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Relazione di parentela											
<input type="checkbox"/>	di averlo informato della presentazione della seguente domanda										

Eventuali annotazioni									

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno o tutela
<input checked="" type="checkbox"/>	estratti conto corrente bancario/postale recenti del beneficiario
<input type="checkbox"/>	copia del 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	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<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.

Comune di Quiliano		
Luogo	Data	Il dichiarante