

	Amministrazione destinataria Comune di Stradella Ufficio destinatario Ufficio interventi 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 concessione di un contributo per il 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"/>	
In qualità di (*)											

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

ricoverato presso la RSA	
Nome	Luogo
Dal	

con retta	
Retta	
<input type="radio"/>	giornaliera
<input type="radio"/>	mensile

del seguente importo	
Euro	Anno di riferimento
€	

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

<input checked="" type="checkbox"/>	che la situazione reddituale e patrimoniale del ricoverato è quella indicata nell'ISEE sotto riportato				
	Valore ISEE	Data rilascio	Numero protocollo DSU		
	€				
<input type="checkbox"/>	che il ricoverato è beneficiario dei seguenti proventi di natura economica <i>(specificare anche quelli non rientranti nella dichiarazione)</i>				
<input type="checkbox"/>	pensione INPS				
<input type="checkbox"/>	pensione ai superstiti - reversibilità				
<input type="checkbox"/>	pensione di vecchiaia				
<input type="checkbox"/>	pensione di invalidità				
<input type="checkbox"/>	pensione di invalidità civile				
Pagamento retta					
<input type="radio"/>	di non avere parenti tenuti agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice civile				
<input type="radio"/>	di avere i seguenti parenti tenuti agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice civile				
	Nome	Cognome	Residenza	Grado di parentela	Professione
					€
					€
					€
					€
					€
					€
e che gli stessi					
Pagamento retta					
<input type="radio"/>	non sono in grado di concorrere al pagamento della retta in quanto possiedono il seguente ISEE				
	Valore ISEE	Data rilascio	Numero protocollo DSU		
	€				
	€				
	€				
	€				
	€				
	€				
<input type="radio"/>	concorrono al pagamento della retta nella misura di				
	Euro				
	€				

Eventuali annotazioni	

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)
<input checked="" type="checkbox"/>	certificato di Pensione (OBIS M)
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<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.
--------------------------	--

Stradella		
Luogo	Data	Il dichiarante