

	Amministrazione destinataria Comune di Sulmona Ufficio destinatario Servizi alla persona	
---	---	--

Domanda di compartecipazione retta socio sanitaria per ricoveri in strutture residenziali e semiresidenziali

Ai sensi dei decreti n. 92 e 103 del 2014 del Presidente della Regione Abruzzo

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

CHIEDE

la compartecipazione a carico del Comune per le prestazioni in fase estensiva di lungodegenza abilitative

<input type="radio"/>	per sè stesso																																				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Cognome</td> <td colspan="2">Nome</td> <td colspan="2">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td>Data di nascita</td> <td colspan="2">Luogo di nascita</td> <td colspan="2">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale								Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza								In qualità di (*)											
Cognome		Nome		Codice Fiscale																																	
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza																																	
In qualità di (*)																																					

In qualità di ()*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

fissata dalla seguente struttura			
Tipo struttura			
<input type="radio"/>	semi-residenziale		
<input type="radio"/>	residenziale		
Denominazione struttura			
Telefono	Fax	E-mail (posta elettronica ordinaria)	E-mail PEC (domicilio digitale)

sita in								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

come da autorizzazione U.V.M. del DSB di	
Specificare DSB	
Specificare quota sociale	
€	

per il seguente motivo

Motivazione

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

- di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica

Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine validità

sulla cui base è stata rilasciata un'attestazione ISEE per l'anno in corso

Importo ISEE

€

- di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica e di essere in attesa di rilascio di attestazione

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 di possesso o meno dell'indennità di accompagnamento
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del beneficiario <i>(da allegare se il richiedente è diverso dal beneficiario)</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	copia esito della valutazione UVM
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	eventuale copia del verbale di invalidità per il riconoscimento dell'handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92
<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

(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.
--------------------------	--

Sulmona		
Luogo	Data	Il dichiarante