



Domanda per accedere a contributi per il mantenimento in strutture di anziani e persone adulte non autosufficienti

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

CHIEDE

di accedere ai contributi in oggetto per il pagamento della retta di ricovero

<input type="checkbox"/>	per sé stesso			
<input type="checkbox"/>	per il seguente familiare			
	Cognome	Nome		Codice Fiscale
	Data di nascita	Sesso (M/F)	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="checkbox"/>	semi-residenziale			
<input type="checkbox"/>	residenziale			
Denominazione struttura				
Telefono	Fax	E-mail (posta elettronica ordinaria)		E.mail PEC (domicilio digitale)

sita in				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP

Valendosi della facoltà prevista dagli articoli 46 e 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 type="checkbox"/>	di essere a conoscenza dei requisiti di accesso e delle modalità di erogazione previsti dal vigente Regolamento per l'organizzazione, il funzionamento e l'accesso al Sistema integrato di promozione e protezione sociale <i>del Comune di Imperia e dalla Carta dei Servizi Sociali ed Educativi e di accettare quanto in essi contenuto</i>
<input type="checkbox"/>	di non essere autosufficiente
<input type="checkbox"/>	di essere già inserito presso la suddetta struttura
	<small>Nome struttura</small>
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	di pagare una retta
	giornaliera per l'anno corrente
	<small>Importo</small>
	€
<input type="checkbox"/>	<small>Suddivisa per</small>
	<small>Quota sociale</small>
	€
	<small>Quota sanitaria</small>
	€
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	mensile per l'anno corrente
	<small>Importo</small>
	€
<input type="checkbox"/>	<small>Suddivisa per</small>
	<small>Quota sociale</small>
	€
	<small>Quota sanitaria</small>
	€
<input type="checkbox"/>	di NON essere proprietario/a, unitamente a tutti i componenti il nucleo familiare, di beni immobili nell'intero territorio nazionale
<input type="checkbox"/>	di essere proprietario/a, unitamente a tutti i componenti il nucleo familiare, nell'intero territorio nazionale dell'unico bene immobile (ed eventuali relative pertinenze) destinato ad abitazione di residenza
<input type="checkbox"/>	di essere in possesso di un'attestazione ISEE SOCIO-SANITARIO RESIDENZIALE, in corso di validità
	<small>Importo ISEE socio-sanitario residenziale</small>
	€
<input type="checkbox"/>	beneficiario/a di misure nazionali di contrasto alla povertà
<input type="checkbox"/>	sì
<input type="checkbox"/>	no
<input type="checkbox"/>	di essere in possesso di un patrimonio mobiliare, unitamente a tutti i componenti del nucleo familiare
	<small>Importo</small>

per il seguente motivo

Motivazione

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"/> | Copia del permesso di soggiorno |
| <input type="checkbox"/> | Altri allegati <i>(specificare)</i> |

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. |
|--------------------------|--|

¹ allegare copia leggibile del documento d'identità del dichiarante in corso di validità

Luogo	Data	Il dichiarante¹