

	Amministrazione destinataria Comune di Imperia	
	Ufficio destinatario Ufficio protocollo	

## 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	Luogo di nascita	
Telefono cellulare		Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

### CHIEDE

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

<input type="radio"/>	per sè stesso			
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato			
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	
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"/>	

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 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 del Comune di Imperia e dalla Carta dei Servizi Sociali ed Educativi e di accettare quanto in essi contenuto
- di non essere autosufficiente

- di essere già inserito presso la suddetta struttura

<b>Nome struttura</b>

- di pagare una retta

<input type="radio"/>	giornaliera per l'anno corrente	
	<b>Importo</b>	
	€	
	<b>Suddivisa per</b>	
	<b>Quota sociale</b>	<b>Quota sanitaria</b>
	€	€
<input type="radio"/>	mensile per l'anno corrente	
	<b>Importo</b>	
	€	
	<b>Suddivisa per</b>	
	<b>Quota sociale</b>	<b>Quota sanitaria</b>
	€	€

- di NON essere proprietario/a, unitamente a tutti i componenti il nucleo familiare, di beni immobili nell'intero territorio nazionale
- 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
- di essere in possesso di un'attestazione ISEE SOCIO-SANITARIO RESIDENZIALE, in corso di validità

<b>Importo ISEE socio-sanitario residenziale</b>
€

- beneficiario/a di misure nazionali di contrasto alla povertà

<input type="radio"/>	si
<input type="radio"/>	no

- di essere in possesso di un patrimonio mobiliare, unitamente a tutti i componenti del nucleo familiare

<b>Importo</b>
€

**per il seguente motivo**

<b>Motivazione</b>

<b>Eventuali annotazioni</b>

### Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<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.
--------------------------	--

Imperia		
Luogo	Data	Il dichiarante