

Amministrazione destinataria
Comune di Seregno

Ufficio destinatario
Gestione Amministrativa Servizi Sociali

Domanda di integrazione economica delle rette di ricovero presso case di riposo o altre strutture residenziali

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

in relazione al colloquio individuale con l'assistente sociale

Codice accesso	
<input type="text"/>	
Assistente sociale	
Cognome	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta

- per se stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)								
<input type="text"/>								

fissata dalla seguente struttura

Tipo di struttura

Denominazione struttura

Sede

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Contatti

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

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 possedere il seguente ISEE sociosanitario (*)

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*) In presenza di figli non conviventi del richiedente deve essere presentato un ISEE comprensivo della componente aggiuntiva.

- che il beneficiario

- ha effettuato donazioni nei tre anni precedenti la richiesta, in favore di persone tenute agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice civile
- non ha effettuato donazioni nei tre anni precedenti la richiesta, in favore di persone tenute agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice civile

- di impegnarsi ad aggiornare puntualmente il Comune di Seregno delle possibili variazioni
- di essere consapevole che la mancata o incompleta presentazione della documentazione comporta l'esito negativo dell'istruttoria in sede di prima istanza o nel corso degli aggiornamenti annuali

COMUNICA

che il familiare di riferimento è

- familiare di riferimento

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

ulteriore familiare di riferimento

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

ulteriore familiare di riferimento

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- copia del certificato di invalidità civile
- copia della documentazione sanitaria o sociale
- copia della documentazione relativa alla situazione economica e patrimoniale
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

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)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Seregno

Luogo

Data

il dichiarante