

Modello B
Al Comune di

**MODELLO RICHIESTA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA
SEMIRESIDENZIALE, RESIDENZIALE SOCIO ASSISTENZIALE**

D.G.R. 503/2019 — Allegato - Presa in carico e ammissione integrazione retta

Richiedente:

Nome..... Cognome..... Sesso MO FO
C.F. Nato/a a prov..... il / / ____
residente in ... prov via..... cap.....
cittadinanza Ambito di Residenza
E-mail..... Telefono
In qualità di
(grado di parentela/tutore/altro)

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445;

CHIEDE

L'accesso ai servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali/semiresidenziali dell'Ambito Territoriale n.2 di San Marco Argentano:

Tipologia assistenziale: O residenziale O semi-residenziale

Preferenza struttura:
(denominazione struttura accreditata)

- PER SE STESSO
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE O TUTELATO

Nome..... Cognome... .. Sesso MO FO
C.F. Nato/a a prov..... il / / ____
residente in prov via..... cap.....
cittadinanza..... Ambito di Residenza
E-mail..... Telefono

Per il seguente motivo:

DETTAGLIO NUCLEO FAMILIARE

Numero componenti nucleo familiare.....

1.Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F U

C.F. nato/a a prov..... ii ___ / ___ / ___

Residente..... Prov..... via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail . .

Telefono..... Professione

Disabilità.....

2.Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ___ / ___ / ___

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

Disabilità.....

3.Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ___ / ___ / ___

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono.... .. Professione

Disabilità.....

4.Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ___ / ___ / ___

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

DATI TUTOR (se presente)

Nome..... Cognome..... Sesso M O F
 C.F. nato/a aprov..... il / /____
 Residente..... Prov..... Via..... Cap.....
 Cittadinanza..... E-mail

Atto di nomina
 Numero atto di nomina.....
 Data atto di nomina.....

DATI MEDICO DI BASE

Nome..... Cognome.....
 C.F. Comune in cui è ubicato lo studio medico.....
 Via..... Cap..... Prov.....
E-mail..... Telefono.. ..

DETTAGLI DATI AMMINISTRATIVI

Numero protocollo DSU.....anno protocollo DSU..... data protocollo DSU

Anno di riferimento ISEE valore ISEE C.....

Numero carta d'identità data rilascio c.i. data scadenza c.i.

Comune di rilascio carta d'identità

Persone/Parenti di riferimento:		
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Documentazione da Allegare		
Carta d'identità e codice fiscale del dichiarante		
Carta d'identità e codice fiscale dell'utente		
DSU E ISEE in corso di validità		
Certificato d'invalidità		
Dichiarazione emolumenti (Allegato 1)		

Luogo e data _____

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 -Codice in materia di protezione dei dati personali e del Regolamento (UE) ri.2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento GDPR).

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione per l'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Titolare del trattamento è il Comune di Montalto Uffugo in qualità di Comune Capofila dell'Ambito Socio-Assistenziale n.3 cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc. . .

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Luogo e data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARAZIONE TRATTAMENTI REDDITUALI AI SENSI DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 503 DEL 25/10/2019 PER LE PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO EVIGILANZA PRESSO LE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIOASSISTENZIALI

Il/La sottoscritto/a

nato/a in

Prov. Il residente a

In Via/C. da n.

In qualità di.....

del/la Sig./ra

consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e per dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/200,

che il/la Sig./ra.....percepisce mensilmente i seguenti trattamenti reddituali:

- Pensione di vecchiaia, importo mensile €.....;
- Pensione di anzianità, importo mensile €.....;
- Pensione di invalidità, importo mensile €.....;
- Pensione per ciechi civili, importo mensile €.....;
- Pensione di reversibilità senza contitolarità con contitolarità per la percentuale del%
importo mensile €.....;
- Pensione di guerra, importo mensile €.....;
- Pensione di reversibilità per pensione di guerra senza contitolarità con contitolarità per la
percentuale del %, importo mensile €.....;
- Pensione estera, importo mensile €.....;
- Vitalizio per, importo mensile €.....;
- Indennità di accompagnamento per invalidità civile per cecità civile, importo mensile
€.....;
- Indennità di frequenza, importo mensile €.....;

Altro:, importo mensile €.....;

D I C H I A R A I N O L T R E

Di non aver contratto mutui o cessioni di quote degli emolumenti mensili;

Di aver contratto mutuo cessione quota degli emolumenti a far data dal.....e
nella misura di €.....mensile secondo piano di ammortamento allegato;

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 196/2003) si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, contenuti nella presente dichiarazione, sono raccolti obbligatoriamente per il ricovero o la permanenza nella struttura, saranno trattati solo per i fini connessi alla posizione dell'interessato.

Pertanto tali dati saranno trasmessi dall'Ufficio di Piano del Distretto Socio- Assistenziale n. 3 Media Valle del Crati ad altri Enti sovracomunali che sono coinvolti. A tal fine si acconsente al trattamento dei dati sensibili.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano del Distretto Socio- Assistenziale n. 3 Media Valle del Crati e tutti gli altri Enti interessati effettueranno controlli per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione contenuta nella presente dichiarazione e a trasmetterne la relativa documentazione.

Si Allega:

copia documento di identità;

attestato ISEE con relativa dichiarazione unica _____ copia

ObisM dell'anno in corso; _____ copia cedolini mensili di pagamento;

copia certificazione unica; _____ copia dichiarazione dei redditi;

copia documento che comprova l'accreditamento del degli emolumenti.....;

certificato medico di idoneità all'inserimento in struttura socio assistenziale;

copia piano di ammortamento mutuo o cessione;

altro:.....;

....., li

Firma
