

Modello B
Al Comune di

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

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

Richiedente:

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O
 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: residenziale semi-residenziale

Preferenza struttura:
 (Denominazione struttura accreditata)

- PER SE STESSO
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE O TUTELATO

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

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

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 a prov..... 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

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)		

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autoceitificaziooe 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 eumpeo 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 struttum con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Titolare del trattamento è il Comune di San Marco Argentano in qualità di Comune Capofila dell'Ambito Socio-Assistenziale n.2 di San Marco Argentano 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 _____