

	<p>Amministrazione destinataria Comune di Pescara</p> <p>Ufficio destinatario Servizio politiche sociali - famiglia e disabilità</p>	
---	--	--

Domanda di accesso alla struttura residenza anziani autosufficienti

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Domicilio											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Soggetto interessato											
<input type="radio"/>	per sè stesso										
<input type="radio"/>	per la persona di seguito specificata										
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
In qualità di (*)											

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, altro titolo

CHIEDE

di accedere alla struttura socio assistenziale per persone autosufficienti.

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

- l'inserimento e la permanenza presso la suddetta struttura sono determinati dalla sussistenza della propria condizione di autosufficienza
- essere in possesso di attestazione ISEE

Importo ISEE		Valore ISE		Data presentazione DSU	
€		€			
Numero protocollo DSU				Data scadenza certificazione	

Composizione del nucleo familiare

Numero adulti	Numero minori

1° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Pensione/Vitalizi		
Categoria (*)		Importo
		€

2° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Pensione/Vitalizi		
Categoria (*)		Importo
		€

3° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Pensione/Vitalizi		
Categoria (*)		Importo
		€

4° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Pensione/Vitalizi		
Categoria (*)		Importo
		€

5° componente

Cognome	Nome	Parentela
Data di nascita	Luogo di nascita	Reddito da lavoro mensile
		€
Pensione/Vitalizi		
Categoria (*)		Importo
		€

Categoria (*): assegno sociale, indennità accompagnamento, pensioni: invalidità civile, da lavoro, di reversibilità, di inabilità, vitalizi, altro

Nel nucleo familiare sono presenti persone con invalidità civile e Legge 05/02/1992, n. 104

<input type="checkbox"/> 1° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	
<input type="checkbox"/> 2° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	
<input type="checkbox"/> 3° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	
<input type="checkbox"/> 4° componente					
Cognome			Nome		
Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992, n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

Ai sensi del articolo 433 del Codice Civile, i parenti tenuti all'obbligo degli alimenti sono

<input type="checkbox"/> 1° parente													
Cognome					Nome								
Parentela (*)					Altra parentela								
Residenza													
Provincia	Comune				Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
												<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2° parente													
Cognome					Nome								
Parentela (*)					Altra parentela								
Residenza													
Provincia	Comune				Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
												<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 3° parente													
Cognome					Nome								
Parentela (*)					Altra parentela								
Residenza													
Provincia	Comune				Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
												<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> 4° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> 5° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> 6° parente										
Cognome					Nome					
Parentela (*)					Altra parentela					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

Parentela (*): coniugi, figli, genitori e fratelli/sorelle, altro specificare

<input type="checkbox"/> Abita in	
Alloggio	
<input type="radio"/>	proprietà
<input type="radio"/>	in affitto
<input type="radio"/>	di proprietà di ente pubblico
<input type="radio"/>	altro (specificare)

<input type="checkbox"/> Paga mensilmente la somma di
Canone mensile
€

DICHIARA ALTRESÌ

Ulteriori dichiarazioni

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	certificato del medico curante, convalidato dal Servizio di Medicina Legale e del Lavoro della A.S.L. attestante che l'anziano è autosufficiente, non è affetto da malattie infettive e diffuse, né da turbe mentali e che può vivere in comunità
<input type="checkbox"/>	copia sentenza di separazione e/o divorzio
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia della certificazione attestante l'importo mensile netto delle entrate percepite
<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 <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.
--------------------------	--

Pescara		
Luogo	Data	Il dichiarante