



Città di Pescara
Medaglia d'oro al Merito Civile
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
Settore Politiche per il Cittadino
e Programmazione Sociale
P.zza Italia, 13 – 65121 - Pescara

Al Comune di Pescara
Settore Politiche per il Cittadino
e Programmazione Sociale

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
_____ Prov.(____), il _____ residente a **Pescara** in via _____
recapito telefonico _____,

CHIEDE

di essere inserito presso il **Gruppo Appartamento per anziani autosufficienti**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art. 46-47 D.P.R. 445 del 28/12/2000, e consapevole delle responsabilità alle quali può incorrere in caso di dichiarazione mendace (art. 496 del C. P.), di essere a conoscenza che:

- ☐ l'inserimento e la permanenza presso la suddetta struttura sono determinati dalla sussistenza della propria condizione di autosufficienza
e che :
☐ il proprio nucleo familiare è composto da n° _____ adulti e n° _____ minori:

NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA di nascita	PARENTELA

- ☐ il **reddito mensile** di ogni **singolo componente** il nucleo familiare è il seguente:

COGNOME e NOME	REDDITI da lavoro	PENSIONE- VITALIZI	
		Categoria	Importo

- o nel nucleo familiare sono presenti persone con invalidità :

COGNOME e NOME	INVALIDITA' CIVILE		INDENNITA' ACC.			LEGGE n.°104/1992		
	%	In corso	SI	NO	In corso	SI	NO	In corso

- o , ai sensi dell'art. 433 C. C., i parenti tenuti all'obbligo degli alimenti sono (**coniugi, figli, genitori e fratelli**) :

NOME e COGNOME	LUOGO e DATA di NASCITA	INDIRIZZO	RECAPITI TELEFONICI

- o abita in un appartamento : ☐ di proprietà,
☐ in affitto,
☐ di proprietà di Ente Pubblico,
☐ altro _____
- o paga mensilmente la somma di Euro _____

In caso di accettazione della richiesta,

SI IMPEGNA

- o a provvedere autonomamente, in relazione alle proprie disponibilità, alle spese vive necessarie alle esigenze personali.
- o a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione circa il reddito, la situazione familiare e socio-sanitaria che possano incidere in maniera determinante sui requisiti dell'inserimento.

Ai sensi del DPR 445/2000 e successive modifiche, allega :

- **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 diffusive, né da turbe mentali e che può vivere in comunità
- **Fotocopia documento riconoscimento**
- **Modello I. S. E. E**
- **fotocopia sentenza di separazione e/o divorzio**
- **fotocopia invalidità civile e/o L.104/92**
- **fotocopia della certificazione attestante l'importo mensile netto delle entrate percepite**

Pescara, _____

firma

Ai sensi del D.LGS. 196/2003 e degli artt. 4-5-7 del Regolamento U.E. 2016/679, dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati Sensibili N. 13 del Comune di Pescara, che è allegata alla presente.