

	Amministrazione destinataria Comune di Casteggio Ufficio destinatario Servizi sociali	
---	--	--

Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

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"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

<input type="radio"/>	per sè stesso										
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato										
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 (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

fissata dalla seguente struttura				
Tipo struttura				
<input type="radio"/>	semi-residenziale			
<input type="radio"/>	residenziale			
Denominazione struttura				
Telefono	Fax	E-mail (posta elettronica ordinaria)		E-mail PEC (domicilio digitale)

sita in											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	

per il seguente motivo

Motivazione

Eventuali annotazioni

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

<input checked="" type="checkbox"/>	documentazione comprovante la perdita dell'autonomia personale o l'impossibilità di permanere presso il domicilio
<input checked="" type="checkbox"/>	certificato o attestazione di ospitalità
<input checked="" type="checkbox"/>	documentazione per chiarire l'entità del bisogno
<input checked="" type="checkbox"/>	decreto di nomina del tutore o amministratore di sostegno
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Casteggio		
Luogo	Data	Il dichiarante