

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 .....  
Telefono.....

**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:**

<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>

**Documentazione da Allegare**

<b>Carta d'identità e codice fiscale del dichiarante</b>
Carta d'identità e codice fiscale dell'utente
DSU E ISEE in corso di validità
Certificato d'invalidità
<b>Dichiarazione emolumenti (Allegato 1)</b>

---

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) n.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 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 \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Artt. 46 e 47 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 E S.M.I. PER LE PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E VIGILANZA 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,

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,  
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 €... .. ;
- Rendita Inail ....., importo mensile €..... ;
- Vitalizio per ....., importo mensile €..... ;
- Indennità di accompagnamento per invalidità civile per cecità civile, importo mensile  
€..... ;
- Indennità di frequenza o di comunicazione, importo mensile €... .. ;
- Altro: ....., importo mensile €... .. ;

**DICHIARAINOLTRE**

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. 2 di San Marco Arg.no 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. 2 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 degli emolumenti.....;
- altro:  
..... ;
- copia piano di ammortamento mutuo o cessione;
- certificato redatto dal medico di base o specialista che ne attesti la compatibilità con il percorso assistenziale richiesto.

....., li .....

Firma

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Sc...

Sc...