



Amministrazione destinataria  
 Comune di Recanati  
 Ufficio destinatario  
 Servizi Sociali, Pubblica Istruzione e  
 Politiche Giovanili

## 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

Soggetto interessato									
<input type="radio"/> per sè stesso <input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato									
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"/>	

<input type="radio"/> in qualità di soggetto incaricato alla tutela dell'assistito (*)									
Nominato con il decreto									
Numero			Data	Dal tribunale di					
Per conto di									
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
Sesso		Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza			

(\*): amministratore di sostegno, curatore, tutore legale

valore del contributo			
Valore			
€			
fissata dalla seguente struttura			
Denominazione struttura			
Telefono	Fax	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

**sita in**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano

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**

che il destinatario dell'intervento

<input type="radio"/>	è parzialmente/totalmente non autosufficiente
<input type="radio"/>	ha una invalidità riconosciuta pari a
	<b>Percentuale di invalidità</b>
	%
<input type="radio"/>	ha nulla o insufficiente capacità economica da destinare al pagamento della retta
<input type="radio"/>	è titolare delle seguenti pensioni/indennità
	<b>Specificare la tipologia</b>

**DICHIARA INOLTRE**

che per l'assistito è stato nominato amministratore di sostegno, curatore o tutore il/la sig/sign.ra

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		<b>Codice Fiscale</b>				
<b>Sesso</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>		<b>Cittadinanza</b>				
<b>Residenza</b>								
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Interno</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>
							<input type="checkbox"/>	
<b>Nominato con il decreto</b>								
<b>Numero</b>		<b>Data del procedimento</b>		<b>Del tribunale di</b>				

**Eventuali annotazioni**

--

### Elenco degli allegati

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

- copia della dichiarazione ISEE
- documentazione attestante lo stato di invalidità
- dichiarazione sostitutiva all'atto di notorietà
- certificazione medica di non autosufficienza
- documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

- 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)*

- 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.

Recanati

Luogo

Data

Il dichiarante