



Amministrazione destinataria

Comune di Palestrina

Ufficio destinatario

Area EQ - SETTORE Servizi Sociali

## Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero presso RSA o strutture di riabilitazione e mantenimento accreditate dalla Regione Lazio

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

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

- per sè stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)				

### fissata dalla seguente struttura

#### Tipo struttura

- RSA  
 struttura di riabilitazione di mantenimento riabilitazione

#### Tipologia di ricovero

- semi-residenziale  
 residenziale

#### Denominazione struttura

Telefono	Fax	E-mail (posta elettronica ordinaria)	E-mail PEC (domicilio digitale)
----------	-----	--------------------------------------	---------------------------------

### sita in

Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Civico \_\_\_\_\_ Barrato \_\_\_\_\_ Interno \_\_\_\_\_ Scala \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_ SNC  CAP \_\_\_\_\_

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

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | che la persona percepisce l'indennità di accompagnamento     |
| <input type="radio"/> | che la persona non percepisce l'indennità di accompagnamento |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

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

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia dell'ISEE in corso di validità specifico per la tipologia per cui si richiede la compartecipazione |
| <input checked="" type="checkbox"/> | autorizzazione al ricovero rilasciato dalla ASL di competenza  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | certificato di avvenuto ricovero rilasciato dalla struttura (accreditate Lazio)                          |
| <input type="checkbox"/>            | copia del documento d'identità<br><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)*

- 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.

Palestrina

Luogo

Data

il dichiarante