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 sé 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, esercente responsabilità genitoriale, 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

○	che la persona percepisce l'indennità di accompagnamento
○	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)

☑	copia dell'ISEE in corso di validità specifico per la tipologia per cui si richiede la compartecipazione
☑	autorizzazione al ricovero rilasciato dalla ASL di competenza
☑	certificato di avvenuto ricovero rilasciato dalla struttura (accreditate Lazio)
☐	copia del documento d'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.

Luogo	Data	il dichiarante
Palestrina		