



**Amministrazione destinataria**

Comune di Penna San Giovanni

**Ufficio destinatario**

Ragioneria - Servizi sociali

**Domanda di ammissione alla struttura per anziani O.P P.Burocchi**

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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

**Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

**del minore**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

## CHIEDE

di essere ospitato presso la struttura per anziani O.P. "P. Burocchi"

### Soggetto interessato

- per sé stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)									
<input type="text"/>									

di essere ospitato

- a tempo indeterminato  
 temporaneamente

dal

al

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

di essere attualmente residente nel seguente Comune

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						
a decorrere dal								
<input type="text"/>								

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela (*)	Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

di essere titolare della seguente pensione

pensione	Importo mensile complessivo
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>

di percepire il seguente assegno di accompagnamento

Importo mensile complessivo

€

di essere soggetto all'esenzione ticket

Numero identificativo ticket

### DICHIARA INOLTRE

che il proprio alloggio è nelle seguenti condizioni

idonee

Documentazione attestante rilasciata da

Descrizione

non idonee

Documentazione attestante rilasciata da

Descrizione

di sfratto esecutivo

Documentazione attestante rilasciata da

Descrizione

inagibile

Documentazione attestante rilasciata da

Descrizione

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)*

- certificazione del medico curante attestante lo stato di salute e l'assenza di cause che possono essere di impedimento alla vita di collettività
- relazione assistente sociale del Comune di residenza o dall'A.S.U.R.  
*(se necessaria)*
- dichiarazione di impegno al pagamento della retta
- copia dell'attestazione ISEE
- documentazione attestante le visite, i ricoveri ospedalieri ed eventuali esenzioni ticket
- copia del certificato di invalidità civile
- documentazione attestante la categoria e l'ammontare delle pensioni percepite
- attestazione vaccinazioni anti COVID-19
- verbale della valutazione multidimensionale  
*(solo in caso di residenza protetta)*
- attestazione di garanzia del pagamento della retta di ricovero
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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.

Penna San Giovanni

Luogo

Data

il dichiarante