

	Amministrazione destinataria Comune di Valmadrera  Ufficio destinatario Ufficio istruzione - sport	
--	--	--

## Domanda di integrazione della retta di ricovero presso RSA o RSD

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

l'intervento del comune di Valmadrera per l'integrazione della retta di ricovero presso la suddetta struttura

<input type="radio"/>	per sè stesso																						
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Data di nascita</th> <th>Sesso</th> <th>Luogo di nascita</th> <th>Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome	Nome	Codice Fiscale				Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza					In qualità di (*)							
Cognome	Nome	Codice Fiscale																					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza																				
In qualità di (*)																							

*In qualità di (\*)*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

fissata dalla seguente struttura RSA O RSD											
Denominazione struttura											
sita in											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	

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 ricoverata presso la suddetta struttura

è titolare di pensione

Specificare il tipo di pensione

**allega certificato di pensione, modello OBIS M**

è titolare di indennità di accompagnamento

possiede o ha posseduto negli ultimi 4 anni beni immobili

è titolare di certificazione di invalidità civile

**allega copia del certificato di invalidità civile**

è titolare assicurazioni o investimenti

**allega copia di assicurazioni o investimenti**

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

copia di assicurazioni o investimenti

estratto conto bancario o postale al 31/12 dell'anno precedente e il più recente in possesso

certificazione unica (CUD)

certificato di pensione, modello O-BIS M

copia dell'attestazione ISEE

copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile

copia del 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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Valmadrera

Luogo

Data

Il dichiarante