

	Amministrazione destinataria Comune di Sestri Levante  Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
---	--	--

## 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"/>	
Domicilio											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di											
Ruolo											
<input type="radio"/> diretto interessato											
<input type="radio"/> tutore											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
<input type="radio"/> amministratore di sostegno											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
<input type="radio"/> parente entro il 4° grado											
Specificare il grado di parentela											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				

### CHIEDE

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

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 non possedere una capacità reddituale e patrimoniale sufficiente alla corresponsione dell'intera retta dovuta alla residenza protetta
- di essere ricoverato presso la R.P.A. Le Due Palme

Dalla data	Alla data

<input type="checkbox"/> congiunto tenuto agli alimenti											
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="checkbox"/> ulteriore congiunto											
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="checkbox"/> ulteriore congiunto											
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="checkbox"/> ulteriore congiunto											
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="checkbox"/> ulteriore congiunto											
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"/>	

- conferma che la presente dichiarazione corrisponde alla verità e che le notizie fornite sono complete e veritiere
- conferma che che le informazioni fornite corrispondono ai dati ed elementi a sua disposizione al momento della dichiarazione e si impegna a comunicare tempestivamente, all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Sestri Levante, qualsiasi variazione in merito alla presente dichiarazione

**Eventuali annotazioni**

--

**Elenco degli allegati**

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

<input type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input type="checkbox"/>	dichiarazione da parte del notaio
<input type="checkbox"/>	copia della promessa di pagamento dei parenti tenuti per legge nella misura stabilita dalla Delibera G.M. n° 27/2009
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <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)*

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

Sestri Levante

Luogo

Data

Il dichiarante