

	Amministrazione destinataria Comune di San Giorgio Bigarello	
	Ufficio destinatario Area servizi alla persona - Cultura - Sport - Politiche abitative	

## Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

### Ai sensi del Regolamento comunale

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

### CHIEDE

di ottenere l'integrazione da parte del comune di San Giorgio Bigarello nel pagamento della retta di ricovero

<input type="radio"/>	per sè stesso			
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato			
	In qualità di (*)			
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	

In qualità di (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

fissata dalla seguente struttura	
Tipo struttura	
<input type="radio"/>	semi-residenziale
<input type="radio"/>	residenziale
Denominazione struttura	

sita in				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	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 oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)

*Grado di parentela (\*)*:

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

*Professione (\*\*)*:

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

di essere in possesso di attestazione ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input checked="" type="checkbox"/>	modello OBIS/M
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'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 dell'istanza.
--------------------------	---

San Giorgio Bigarello		
Luogo	Data	Il dichiarante