

**Amministrazione destinataria**

Comune di Cervignano del Friuli

**Ufficio destinatario**

Servizio Sociale Residuale

**Domanda di ricovero presso la casa di riposo "V. Sarcinelli"****Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
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**

- l'accoglimento residenziale presso la casa di riposo
- l'accoglimento presso il Centro Diurno della casa di riposo

**della seguente persona**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

Stato civile	Paternità	Maternità

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 aver preso atto di quanto disposto dal vigente Regolamento
- di aver preso atto dell'ammontare della retta giornaliera attualmente applicata dalla Casa di Riposo "V. Sarcinelli"
- di impegnarsi a provvedere al ritiro del ricoverato qualora non vengano osservate tutte le disposizioni di cui al suddetto regolamento
- di impegnarsi al pagamento di tutti gli oneri derivanti dal ricovero in Struttura o dalla partecipazione al Centro Diurno dal giorno della comunicazione della disponibilità del posto, a tal fine dichiara che il ricoverando è titolare dei seguenti redditi

Pensione	Patrimonio immobiliare	Patrimonio mobiliare
€	€	€

che la famiglia del ricoverando/a è composta dalle seguenti persone

<input checked="" type="checkbox"/>	famigliare		
<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>
<b>Sesso</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="checkbox"/>	ulteriore familiare		
<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>
<b>Sesso</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<input type="checkbox"/>	ulteriore familiare		
<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>
<b>Sesso</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>

che le persone da contattare in caso di necessità sono le seguenti

<input type="checkbox"/>	famigliare		
<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	<b>Rapporto di parentela</b>
<b>Numero di cellulare</b>			
<input type="checkbox"/>	ulteriore familiare		
<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	<b>Rapporto di parentela</b>
<b>Numero di cellulare</b>			

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 documento d'identità dell'assistito
- certificato medico
- scheda di indagine familiare
- 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.