

	Amministrazione destinataria Comune di Avezzano  Ufficio destinatario	
---	--	--

## Domanda di compartecipazione comunale alla spesa sociale 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"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

### CHIEDE

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																														
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																														
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="4">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="11">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </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 (\*)*:

familiare, tutore, amministratore di sostegno, esercente la patria potestà, altro

che il Comune di Avezzano per l'anno compartecipi, ai sensi della normativa statale e regionale di riferimento, alla spesa per il pagamento della quota sociale per il ricovero presso la struttura

Nome della struttura											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Tipo di ricovero											
<input type="radio"/>	residenziale										
<input type="radio"/>	semiresidenziale										

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 titolare di

<input type="checkbox"/>	pensione sociale
	Importo mensile
	€
<input type="checkbox"/>	assegno di accompagnamento
	Importo mensile
	€
<input type="checkbox"/>	pensione di reversibilità
	Importo mensile
	€
<input type="checkbox"/>	pensione di guerra
	Importo mensile
	€
<input type="checkbox"/>	pensione o assegno invalido civile
	Importo mensile
	€
<input type="checkbox"/>	pensione ciechi parziali o assoluti
	Importo mensile
	€
<input type="checkbox"/>	rendita di patrimonio mobiliare o immobiliare
	Rendita
	€
<input type="checkbox"/>	altra pensione (specificare)
	Importo mensile
	€
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)
	Importo mensile
	€

di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

di aver presentato la domanda per usufruire dei benefici di cui alla Legge 18/1980 (assegno di accompagnamento) in data

Data presentazione della domanda

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato della commissione medica di accertamento dell'handicap o dell'invalidità
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione dell'unità di valutazione multidisciplinare
<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.
--------------------------	--

Avezzano		
Luogo	Data	Il dichiarante