

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

## 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"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

### CHIEDE

la concessione di un contributo economico integrativo ai fini del pagamento della retta di ricovero

<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="4">Nome</td> <td colspan="3">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="3">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></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 (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

ricoverato presso la struttura seguente
Nome della struttura

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

<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
	€
<input type="checkbox"/>	di aver presentato la domanda per usufruire dei benefici di cui alla Legge 18/1980 (assegno di accompagnamento) in data
	Data presentazione della domanda

<b>Beni immobili</b>	
<input type="checkbox"/>	di essere proprietario dei seguenti beni immobili
	Beni immobili

- di impegnarsi perché il ricoverato provveda ad alienare o locare i propri beni immobili o a restituire al Comune di Avezzano le spese per le rette di ricovero che possono essere anticipate per un periodo massimo di 12 mesi
- di impegnarsi a comunicare ogni eventuale variazione della situazione reddituale e patrimoniale del soggetto ricoverato
- che il valore ISEE in corso di validità del nucleo familiare di appartenenza del soggetto ricoverato è

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

- di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale effettuerà con assoluta discrezionalità e nelle forme che riterrà più opportune controlli ed acquisirà d'ufficio la documentazione necessaria al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite

**DICHIARA INOLTRE**

che il ricoverato ha parenti obbligati a fornire alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile (nell'ordine convivente / coniuge, figli e discendenti diretti, generi e nuore, fratelli e/o sorelle)

<input type="checkbox"/> <b>parente obbligato</b>										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
Grado di parentela rispetto al beneficiario										
Valore ISEE			Data rilascio			Data fine validità				
€										

<input type="checkbox"/> <b>parente obbligato</b>										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
Grado di parentela rispetto al beneficiario										
Valore ISEE			Data rilascio			Data fine validità				
€										

<input type="checkbox"/> <b>parente obbligato</b>										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
Grado di parentela rispetto al beneficiario										
Valore ISEE			Data rilascio			Data fine validità				
€										

<input type="checkbox"/> <b>parente obbligato</b>										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
Grado di parentela rispetto al beneficiario										
Valore ISEE			Data rilascio			Data fine validità				
€										

<input type="checkbox"/> <b>parente obbligato</b>											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Grado di parentela rispetto al beneficiario											
Valore ISEE			Data rilascio			Data fine validità					
€											

Eventuali annotazioni

<b>Elenco degli allegati</b>	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<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)

<b>Informativa sul trattamento dei dati personali</b>	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<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