

(SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO)

<input type="checkbox"/> Si attesta che la presente domanda è stata sottoscritta dall'interessato alla presenza del funzionario addetto. <input type="checkbox"/> Si attesta che la presente domanda è pervenuta già sottoscritta dall'interessato con allegata fotocopia del documento di identità.  Borgo Chiese, li _____ Il Funzionario Incaricato	Protocollo
<input type="checkbox"/> Ingresso Ospite  Data _____  Ora _____	

**DOMANDA DI AMMISSIONE e**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIETA' E DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 e 47 DPR 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell.  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della medesima (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

***chiede***

che il/la Signor/a \_\_\_\_\_ con la quale ha il seguente rapporto di parentela  
parentela in linea retta: parentela in linea collaterale:

- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> padre     | <input type="checkbox"/> fratello |
| <input type="checkbox"/> madre     | <input type="checkbox"/> sorella  |
| <input type="checkbox"/> coniuge   | <input type="checkbox"/> zio/a    |
| <input type="checkbox"/> figlio    | <input type="checkbox"/> nipote   |
| <input type="checkbox"/> nonno     |                                   |
| <input type="checkbox"/> nipote    |                                   |
| <input type="checkbox"/> bisnonno  |                                   |
| <input type="checkbox"/> pronipote |                                   |

possa essere accolto/a presso la Rosa dei Venti A.P.S.P. di Borgo Chiese

- a tempo indeterminato  
 a tempo determinato fino al \_\_\_\_\_  
 in posto di sollievo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A tal fine,

## *dichiara*

che il Signor/a \_\_\_\_\_

**1) è temporaneamente impedito per ragioni di salute**

**2) dati anagrafici:**

è nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**3) situazione familiare:**

vive solo/a;

vive in famiglia con \_\_\_\_\_

è ospite di \_\_\_\_\_

è ricoverato presso \_\_\_\_\_

**4) motivo della richiesta:**

stato di non-autosufficienza

stato di solitudine

problemi familiari

condizioni ambientali

problemi psichici

altro motivo specificare \_\_\_\_\_

**5) notizie sulla situazione economica:**

Le entrate mensili del richiedente sono:

pensione INPS \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

pensione INPS \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

altra pensione \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

indennità varie:

\_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

**6) notizie di carattere generale:**

titolo di studio posseduto: \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

**7) notizie su esenzioni ticket sanitari** (da inserire nel programma CBA Ospiti):

- esenzione per età e reddito (cod. E01)
- esenzione per patologia: cod. \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

**8) I congiunti obbligati agli alimenti ai sensi art. 433 del codice civile sono:**

Grado di parentela	Cognome e nome	Indirizzo	Telefono
Coniuge			
Figli, Figlie			
Genitori			
Nipoti			
Generi, nuore			
Fratelli, sorelle			

Eventuale referente \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 16/679 e del 27.04.2016 del che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

**Allegati alla domanda:**

- Fidejussione
- Scheda UVM
- Carta d'identità (OSPITE e chi inoltra la domanda)
- Codice Fiscale ((OSPITE e chi inoltra la domanda)
- Tessera Sanitaria
- Certificato elettorale
- Richiesta stanza singola
- Richiesta allacciamento telefono
- Modulo esenzione per età e reddito
- Copia certificato invalidità
- Copia autorizzazione APSS per ausili in comodato d'usa a casa