



Amministrazione destinataria

Comune di Sarnano

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

## Domanda di ammissione alla casa di riposo e residenza protetta comunale

### Il sottoscritto

|                      |                      |                             |                      |                               |                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                        |                      | Codice Fiscale                |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                          |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                             |                      |                               |                      |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                          |                      |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'ospitalità presso la struttura per anziani del Comune di Sarnano.

### Soggetto interessato

- per se stesso
- per il seguente familiare o tutelato

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale       |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                          |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza         |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

### in qualità di (\*)

Ruolo

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

### con frequenza

- a tempo indeterminato
- temporanea

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Data di inizio       | Data di fine         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 residente presso il comune sopraindicato a decorrere da

Decorrere da

- che la propria famiglia anagrafica è composta dai seguenti soggetti

- parente

|                         |                        |                              |
|-------------------------|------------------------|------------------------------|
| <b>Cognome</b>          | <b>Nome</b>            | <b>Rapporto di parentela</b> |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         |
| <b>Luogo di nascita</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Telefono</b>              |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         |

- ulteriore parente

|                         |                        |                              |
|-------------------------|------------------------|------------------------------|
| <b>Cognome</b>          | <b>Nome</b>            | <b>Rapporto di parentela</b> |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         |
| <b>Luogo di nascita</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Telefono</b>              |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         |

- ulteriore parente

|                         |                        |                              |
|-------------------------|------------------------|------------------------------|
| <b>Cognome</b>          | <b>Nome</b>            | <b>Rapporto di parentela</b> |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         |
| <b>Luogo di nascita</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Telefono</b>              |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         |

- ulteriore parente

|                         |                        |                              |
|-------------------------|------------------------|------------------------------|
| <b>Cognome</b>          | <b>Nome</b>            | <b>Rapporto di parentela</b> |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         |
| <b>Luogo di nascita</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Telefono</b>              |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>         |

- nucleo familiare monoparentale

- di impegnarsi

- a garantire il pagamento

- dell'intera retta mensile di ricovero
- delle spese per i servizi non compresi nella retta mensile di ricovero, quali a titolo esemplificativo analisi di laboratorio, trasporto per accertamenti medico/sanitari, medicinali e sussidi a pagamento, assistenza in caso di ricovero in ospedale, eventuale assistenza giornaliera all'interno della struttura, ecc.
- delle spese funerarie in caso di decesso dell'ospite

- ad accettare tutti gli eventuali aumenti o modifiche che verranno apportati alla retta stessa e tempestivamente comunicati dall'amministrazione dell'ente

- a dotare l'ospite di un corredo personale di vestiario adeguato alla permanenza nella struttura

- a provvedere

- per le dimissioni tempestive e insindacabili dell'ospite su richiesta motivata dell'amministrazione dell'ente
- al reintegro della garanzia cauzionale o fideiussoria prestata in caso di attivazione della stessa da parte dell'amministrazione dell'ente e a garantire la sussistenza della polizza fideiussoria per tutto il periodo di degenza all'interno della struttura

#### Eventuali annotazioni

#### Elenco degli allegati

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

- copia del certificato medico  
*(attestante lo stato di salute e l'assenza di cause che possono essere di impedimento alla vita di collettività)*
- copia della relazione dei servizi sociali
- copia della documentazione relativa al versamento del deposito cauzionale  
*(da versare presso la tesoreria comunale)*
- copia dell'attestazione di garanzia del pagamento della retta
- copia della polizza assicurativa o fidejussione bancaria
- copia del 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.

Sarnano

Luogo

Data

Il dichiarante