

Al Comune di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MODELLO RICHIESTA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA  
SEMIRESIDENZIALE, RESIDENZIALE SOCIO ASSISTENZIALE**

D.G.R. 503/2019 e s.m.i.— Allegato - Presa in carico e ammissione integrazione retta

Richiedente:

Nome..... Cognome..... Sesso MO FO  
C.F. .... Nato/a a ..... prov..... il / /  
residente in ..... prov ..... via..... cap.....  
cittadinanza ..... E-mail .....

Telefono .....

In qualità di .....  
(grado di parentela/tutore/altro)

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445:

**CHIEDE**

L'accesso ai servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali/semiresidenziali;

Tipologia assistenziale: O residenziale O semi-residenziale

Preferenza struttura: .....  
(Denominazione struttura accreditata)

- PER SE STESSO
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE O TUTELATO

Nome..... Cognome..... Sesso MO FO  
C.F. .... Nato/a a ..... prov..... il / /  
residente in ..... prov ..... via..... cap.....  
cittadinanza ..... E-mail .....

Telefono .....

Per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## DETTAGLIO NUCLEO FAMILIARE

Numero componenti nucleo familiare.....

1. Grado di parentela .....

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. .... nato/a a ..... prov..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente..... Prov..... via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail .....

Telefono..... Professione .....

Disabilità.....

2. Grado di parentela .....

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. .... nato/a a ..... prov..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail .....

Telefono..... Professione .....

Disabilità.....

3. Grado di parentela .....

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. .... nato/a a ..... prov..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail .....

Telefono..... Professione .....

Disabilità.....

4. Grado di parentela .....

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. .... nato/a a ..... prov..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail .....

Telefono..... Professione .....

---

**DATI TUTOR (se presente)**

Nome..... Cognome..... Sesso M O F  
C.F. .... nato/a a ..... . prov..... il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Residente..... Prov..... Via..... Cap.....  
Cittadinanza..... E-mail .....

**Atto di nomina** .....

Numero atto di nomina .....

Data atto di nomina.....

**DATI MEDICO DI BASE**

Nome..... Cognome.....  
C.F. .... Comune in cui è ubicato lo studio medico.....  
Via..... Cap..... Prov.....  
E-mail..... Telefono.....

**DETTAGLI DATI AMMINISTRATIVI**

Numero protocollo DSU.....anno protocollo DSU..... data protocollo DSU .....

Anno di riferimento ISEE ..... valore ISEE .....

Numero carta d'identità ..... data rilascio c.i. .... data scadenza c.i. ....

Comune di rilascio carta d'identità .....

**Persone/Parenti di riferimento:**  
**Dichiarare l'esistenza e la precisa indicazione dei soggetti civilmente obbligati ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile;**

<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>

**Documentazione da Allegare**

- Carta d'identità e codice fiscale del dichiarante;
- Carta d'identità e codice fiscale dell'utente;
- DSU E ISEE in corso di validità;
- Verbale di invalidità civile;
- Certificato redatto dal medico di base o specialista che attesti la compatibilità con il percorso assistenziale richiesto.
- Dichiarazione trattamenti reddituali (Allegato 1)
- Altro .....

Firma

---

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento (UE) n.2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento GDPR).

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione per l'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Titolare del trattamento è il Comune di Praia a Mare in qualità di Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Praia a Mare/Scalea cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc...

**Consenso:** Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

