



Amministrazione destinataria

Comune di Ponteranica

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi sociali

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 | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | | |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

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

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|-------|------------------|--|----------------|--|--|--|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | |

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di ():*

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

fissata dalla seguente struttura

Tipo struttura

- semi-residenziale
- residenziale

Denominazione struttura

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Telefono | Fax | E-mail | E-mail PEC |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

sita in

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

per il seguente motivo

Motivazione

DICHIARA le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare

Importo ISEE

€

Data di rilascio

Numero di protocollo DSU

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)* copia del documento d'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.

Ponteranica

Luogo

Data

Il dichiarante