



Amministrazione destinataria

Comune di Porto Torres

Ufficio destinatario

Ufficio politiche sociali

Domanda di accesso alla compartecipazione economica del Comune alla retta della comunità integrata

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		

domiciliato in abitazione sita in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
-----------	--------	-----------	--------	---------	-------	-------	------------------------------	-----

domiciliato in struttura residenziale sita in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
-----------	--------	-----------	--------	---------	-------	-------	------------------------------	-----

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 per l'ingresso o la permanenza in comunità integrata per il seguente anno

Anno

- per sè 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 responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

- domiciliato in abitazione sita in

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"/>

- domiciliato in struttura residenziale sita in

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"/>

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

- che a favore del beneficiario risulta presente un progetto assistenziale che potrà essere utilizzato per il pagamento dei primi 30 giorni di accoglienza in struttura
- che il beneficiario ha percepito nell'anno precedente a quello della presentazione della seguente istanza

- pensione di invalidità civile

Anno di riferimento	Importo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

- indennità di accompagnamento

Anno di riferimento	Importo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

- altri redditi

Anno di riferimento	Importo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

- che il beneficiario percepisce nell'anno in corso

- pensione di invalidità civile

Anno di riferimento	Importo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

- indennità di accompagnamento

Anno di riferimento	Importo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

- altri redditi

Anno di riferimento	Importo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

CHIEDE INOLTRE

che il versamento della compartecipazione economica del Comune venga erogato con la seguente modalità

accredito su conto corrente postale, bancario o carta prepagata

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

il sottoscritto è intestatario del conto corrente

l'intestatario del conto corrente è

Cognome

Nome

Codice Fiscale

rimessa diretta (solo per importi inferiori a 1.000,00 €)

IBAN

Intestatario o nominativo struttura

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 dell'attestazione ISEE
- decreto di nomina dell'amministratore di sostegno
- copia del preventivo della retta mensile
- copia delle fatture relative alle spese di trasporto per l'ingresso in struttura
(solo nei casi di persone prive di adeguata rete familiare)
- documentazione attestante la data di inserimento nella struttura
- copia della carta dei servizi della struttura
(da non presentare in caso di rinnovo)
- copia dell'autorizzazione al funzionamento della struttura
(da non presentare in caso di rinnovo)
- copia del documento d'identità del beneficiario
(familiare o tutelato)
- 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.

Porto Torres

Luogo

Data

Il dichiarante