



Amministrazione destinataria

Comune di Treia

Ufficio destinatario

Servizi Sociali

Domanda di accesso a case di riposo e residenze protette per anziani

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

l'ammissione alla struttura di Treia per

- residenza protetta per anziani non autosufficienti
- casa di riposo per anziani autosufficienti
- ricovero temporaneo di sollievo

Soggetto interessato

- riferito a se stesso
- riferito alla persona di seguito specificata

Cognome		Nome		Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)							
<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, ai fini dell'ammissione, il soggetto interessato si trova nelle seguenti condizioni

Condizioni

- autosufficiente
 non autosufficiente

Descrizione della situazione sociale e sanitaria

che la seguente persona provvederà al versamento relativo alla retta

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"/>		

CHIEDE INOLTRE

che la domanda di accesso sia inserita anche nelle seguenti strutture dell'Ambito Territoriale Sociale n.15

Strutture

- Mogliano
 Urbisaglia
 Pollenza
 Corridonia
 Macerata
 Montecassiano
 Appignano (solo autosufficienti)
 Villa Potenza (solo donne autosufficienti)

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 certificato medico
- 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.

Treia

Luogo

Data

il dichiarante