

	Amministrazione destinataria Comune di Cervignano del Friuli  Ufficio destinatario Servizio Sociale dei Comuni	
---	--	--

## Domanda di ricovero presso la casa di riposo "V. Sarcinelli"

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

### CHIEDE

<input type="radio"/>	l'accoglimento residenziale presso la casa di riposo
<input type="radio"/>	l'accoglimento presso il Centro Diurno della casa di riposo

della seguente persona									
Cognome			Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
Stato civile			Paternità			Maternità			

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 aver preso atto di quanto disposto dal vigente Regolamento
- di aver preso atto dell'ammontare della retta giornaliera attualmente applicata dalla Casa di Riposo "V. Sarcinelli"
- di impegnarsi a provvedere al ritiro del ricoverato qualora non vengano osservate tutte le disposizioni di cui al suddetto regolamento
- di impegnarsi al pagamento di tutti gli oneri derivanti dal ricovero in Struttura o dalla partecipazione al Centro Diurno dal giorno della comunicazione della disponibilità del posto, a tal fine dichiara che il ricoverando è titolare dei seguenti redditi

Pensione	Patrimonio immobiliare	Patrimonio mobiliare
€	€	€



### Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia documento d'identità dell'assistito
<input checked="" type="checkbox"/>	certificato medico
<input checked="" type="checkbox"/>	scheda di indagine familiare
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### 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)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Cervignano del Friuli		
Luogo	Data	Il dichiarante