Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( ALL.B)**

**A.T.S. di San Giovanni in Fiore**

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

D.G.R. 503/2019 e ss.mm.ii.— Allegato - Presa in carico e ammissione integrazione retta

**Richiedente:**

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

C.F. ......................................................... Nato/a a ................................. prov…..... il

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in ... .......................... Prov ............. via.............................................. cap.............................

cittadinanza .................................... Ambito di Residenza .........................................................................

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 Fuori Ambito;

**Tipologia assistenziale:** O Residenziale O Semi- residenziale

**Preferenza struttura:** .....................................................................................................................

(Denominazione struttura accreditata)

**PER SE STESSO O PER IL SEGUENTE FAMILIARE/TUTELATO**

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

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

residente in ................................ Prov ........ via.............................................. cap...............................

cittadinanza....................................... E-mail............................................Tel.…….…........................

**DATI TUTORE (se presente)**

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

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

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

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

Telefono.....................................................................

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.......................................

Telefono........................................................................

**DETTAGLI DATI AMMINISTRATIVI**

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

Anno di riferimento ISEE ......................valore ISEE/ISEE Socio sanitario ............................................

Numero Carta d’Identità ...................... data del rilascio ..................... data di scadenza ..............................

Entedi rilascio............................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **Persone/Parenti di riferimento:**  |
| **Nome e Cognome** **grado di parentela** **Recapiti**  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Documentazione da Allegare:**

* • Carta d’identità e codice fiscale del Dichiarante/ Utente;
* • DSU E ISEE in corso di validità;
* • Certificato medico;
* • Certificato d’invalidità;
* • Dichiarazione reddituale;
* • Copia del certificato di pensione (Modello Obis M) dell’anno in corso.

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

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) ri.2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016 (Regolamento GDPR).

**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

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