



Amministrazione destinataria

Comune di Voghera

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

## Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta dei servizi residenziali o semi residenziali

### 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

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

|  |        |           |                  |  |                |         |       |       |                              |     |
|--|--------|-----------|------------------|--|----------------|---------|-------|-------|------------------------------|-----|
| 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 |           |                  |  |                |         |       |       |                              |     |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.) |        |           |                  |  |                |         |       |       |                              |     |
| <input type="text"/>   |        |           |                  |  |                |         |       |       |                              |     |

**fissata dalla seguente struttura**

Tipo struttura

- semi-residenziale  
 residenziale

Denominazione struttura

Sede

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

**per il seguente motivo**

Motivazione

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 il nucleo familiare del beneficiario è composto da

 **componente n. 1**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Stato civile

Rapporto di parentela

Professione

% Disabilità

 **componente n. 2**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Stato civile

Rapporto di parentela

Professione

% Disabilità

**componente n. 3**

|                 |  |       |                       |                |              |
|-----------------|--|-------|-----------------------|----------------|--------------|
| Cognome         |  | Nome  |                       | Codice Fiscale |              |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita      |                | Cittadinanza |
| Stato civile    |  |       | Rapporto di parentela |                |              |
| Professione     |  |       | % Disabilità          |                |              |

**componente n. 4**

|                 |  |       |                       |                |              |
|-----------------|--|-------|-----------------------|----------------|--------------|
| Cognome         |  | Nome  |                       | Codice Fiscale |              |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita      |                | Cittadinanza |
| Stato civile    |  |       | Rapporto di parentela |                |              |
| Professione     |  |       | % Disabilità          |                |              |

**DICHIARA INOLTRE**

- di possedere il seguente ISEE

|         |                  |                  |
|---------|------------------|------------------|
| Importo | Data di rilascio | Data di scadenza |
| €       |                  |                  |

- di essere titolare dei seguenti importi pensionistici riferiti all'anno in corso

| Ente erogatore/Categoria | Importo mensile netto | Tredicesima |
|--------------------------|-----------------------|-------------|
|                          | €                     |             |
|                          | €                     |             |
|                          | €                     |             |

- l'indennità di accompagnamento

è stata richiesta in data  
Data

è stato visitato in data  
Data

è già in possesso dalla data  
Data

- di essere titolare dei sottoindicati immobili

| Comune | Titolo di possesso dell'immobile | Attuale destinazione d'uso |
|--------|----------------------------------|----------------------------|
|        |                                  |                            |
|        |                                  |                            |

- di possedere i seguenti risparmi (depositi e conti correnti bancari e postali, titoli di Stato, certificati di deposito e credito,

buoni fruttiferi, azioni, fondi di investimento, ecc.) alla data della domanda per un importo pari a

Importo

€

- di impegnarsi a versare, dal momento del ricovero i redditi da pensione o altro sopra specificati a totale/parziale copertura della retta suddetta
- che qualsiasi variazione di reddito sarà comunicata tempestivamente all'ufficio Servizi Sociali (0383 336424) in quanto determina l'aggiornamento dell'integrazione retta a carico del richiedente.

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 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.