

**RICHIESTA DI INSERIMENTO OSPITE**  
**RICOVERO DI SOLLIEVO**  
**30 GIORNI**

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ ED IMPEGNO - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
**DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (Artt. 4 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

*fa' richiesta affinché:*

**Lo/La scrivente**

**Il/La Signor/a** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

*possa essere accolto/a presso la Residenza Protetta “Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi”*

**a tal fine consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità che i dati indicati e forniti sono completi e veritieri e si impegna altresì a comunicare entro 30 giorni dal verificarsi di qualsiasi variazione riguardante i dati indicati consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione dei fatti influenti sulla situazione personale e reddituale comporta, la responsabilità prevista dalla legge, il recupero delle eventuali somme non corrisposte ed i relativi interessi.

**Notizie sulla situazione familiare:** (barrare la voce che interessa)

- Vive solo
- Vive in famiglia con \_\_\_\_\_
- È ospite di \_\_\_\_\_

**Motivo della richiesta:** \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA	COGNOME E NOME	INDIRIZZO	REC. TEL.
Coniuge:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Figli:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Generi e/o nuore:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Fratelli e/o sorelle:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Altro (specificare)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

**Allegati:**

1. Quadro clinico comprovante la situazione sanitaria e certificazione del medico curante attestante lo stato di salute e l'assenza di cause che possano essere di impedimento alla vita di collettività;
2. **EVENTUALE** relazione inerente la valutazione di natura sociale, familiare, di disadattamento ed emarginazione, redatta dall'assistente sociale del Comune di residenza o della ASL **competente per territorio**;
3. certificato di residenza;
4. Copia fotostatica dei documenti di identità di chi presenta la domanda nel caso in cui non si tratti della persona che entrerà nella Residenza Protetta;

**INFORMATIVA PRIVACY-** Regolamento (UE) 2016/679

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali forniti in base al regolamento UE (679/2016) e secondo le modalità descritte nella Informativa privacy della **Azienda pubblica di servizi alla persona - Residenza Protetta per Anziani- "Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"**, disponibile sul sito web <http://www.verallicortesi.it>

Todi, \_\_\_\_\_ Firma del richiedente l'inserimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(indicare il grado di parentela e/o la figura istituita alla tutela)

Firma del soggetto che dovrà essere ricoverato (se incapace dal tutore) se la domanda è presentata da altro

Todi, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_