



Amministrazione destinataria

Comune di Lumezzane

Ufficio destinatario

Servizi socio - assistenziali

## Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

### CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

- per sè stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

#### in qualità di (\*)

Ruolo
-------

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

### fissata dalla seguente struttura

Tipo struttura			
<input type="radio"/>	semi-residenziale		
<input type="radio"/>	residenziale		
Denominazione struttura			
Telefono	Fax	E-mail (posta elettronica ordinaria)	E-mail PEC (domicilio digitale)

### sita in

Provincia    Comune    Indirizzo    Civico    Barrato    Scala    Piano    SNC    CAP

**per il seguente motivo**

Motivazione

**DICHIARA**

- di aver presentato l'ISEE socio sanitario o ristretto per le strutture per disabili

Eventuali annotazioni

**Elenco degli allegati**

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

- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- copia del verbale di invalidità
- 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)*

- 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.

Lumezzane

Luogo

Data

Il dichiarante