

Allegato B  
Al Comune di

---

---

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

D.G.R. 503/2019 — 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 dell'Ambito Territoriale n.5 Acri – Santa Sofia D'Epiro:

Tipologia assistenziale:  residenziale  semi-residenziale

Preferenza struttura: .....  
(denominazione struttura accreditata)

- PER SE STESSO
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE O TUTELATO

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 ... ..

Per il seguente motivo:

---

---

## DETTAGLIO NUCLEO FAMILIARE

Numero componenti nucleo familiare.....

1. Grado di parentela .....

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

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

Residente..... Prov..... via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail . .

Telefono..... Professione .....

Disabilità.....

2. Grado di parentela .....

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

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

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

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

Telefono..... Professione .....

Disabilità.....

3. Grado di parentela .....

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

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

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

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

Telefono.... .. Professione ... ..

Disabilità.....

4. Grado di parentela .....

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

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

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

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

Telefono..... Professione .....

---

---

DATI TUTOR (se presente)

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

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.....

E-mail..... Telefono.....

**DETTAGLI DATI AMMINISTRATIVI**

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

Anno di riferimento ISEE ..... valore ISEE .....

Numero carta d'identità ..... data rilascio c.i. .... data scadenza c.i. ....

Comune di rilascio carta d'identità .....

---

<b>Persone/Parenti di riferimento:</b>		
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
<b>Nome cognome grado di parentela</b>	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
<b>Documentazione da Allegare</b>		
<b>Carta d'identità e codice fiscale del dichiarante</b>		
Carta d'identità e codice fiscale dell'utente DSU E		
ISEE in corso di validità		
Certificato d'invalidità		
<b>Dichiarazione emolumenti (Allegato C)</b>		

---

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).

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione per l’iter di ingresso in strutture con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Titolare del trattamento è il Comune di Acri in qualità di Comune Capofila dell’Ambito Socio- Assistenziale n.5 di Acri – Santa Sofia D’Epiro cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc...

**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 \_\_\_\_\_