

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AI SERVIZI E STRUTTURE DELL'I.R.A.S.

Dati del Familiare Richiedente	Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ Cognome Nome Comune e Provincia Nascita Data Nascita
	e residente a _____ in Via _____ Tel. _____ Comune e Provincia di Residenza Indirizzo Residenza Telefono
	in qualità di _____ dell'interessato i cui dati anagrafici esatti vengono sotto riportati. Grado di Parentela

Dati dell'Interessato	Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ Cognome Nome Comune e Provincia Nascita Data Nascita <small>Se la richiesta viene inoltrata dal Familiare tagliare "il sottoscritto"</small>
	e residente a _____ in Via _____ Tel. _____ Comune e Provincia di Residenza Indirizzo Residenza Telefono

CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio:

<input type="checkbox"/> Casa di Riposo (Accoglienza definitiva)	<input type="checkbox"/> S. Bortolo <input type="checkbox"/> Casa Serena _____ (se lo si desidera specificare la preferenza di Struttura o di stanza)	<input type="checkbox"/>	Auto
<input type="checkbox"/> Ricovero Temporaneo (Accoglienza temporanea)	_____ (se lo si desidera specificare il periodo)	<input type="checkbox"/>	Parziale
<input type="checkbox"/> Centro Diurno	_____ (se lo si desidera specificare il periodo)	<input type="checkbox"/>	Non Auto
<input type="checkbox"/> Inquilinato Appartamenti Casa Serena	se lo si desidera specificare la tipologia di appartamento:	<input type="checkbox"/>	Monocale
		<input type="checkbox"/>	Bilocale
		<input type="checkbox"/>	Trilocale

Il sottoscritto dichiara che farà fronte al pagamento della retta di ospitalità: **Privatamente** **Tramite Ente Pubblico**

Si allega alla presente la seguente documentazione:

- certificati medici (da far compilare al Medico di Base o al Medico del Reparto dell'Ospedale nel caso di attuale ricovero);
- richiesta di valutazione da parte dell'U.V.D.M. - Ulss 18 (se necessario);
- fotocopia redditi pensionistici mensili recenti (eccetto nel caso di richiesta di ricovero temporaneo di sollievo);
- fotocopia della tessera sanitaria, del codice fiscale, della carta d'identità dell'Interessato;
- fotocopia del codice fiscale e della carta d'identità del familiare richiedente;

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di aver ricevuto le informazioni di cui al GDPR UE 2016/679;
- di essere a conoscenza di dover comunicare per iscritto variazioni anagrafiche od il ritiro della presente domanda.

Data _____

Firma

UFFICIO CHE RICEVE LA DOMANDA: _____