

**Oggetto: Istanza per la compartecipazione al costo della retta applicata nelle strutture a carattere  
socio-sanitario.**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà  
(art. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n.445)

<b>I</b> <b>sottoscritt_</b>	<b>COGNOME</b>			<b>NOME</b>	
<b>nat_ a</b>	<b>COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA</b>	<b>PROV.</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>residente a</b>	<b>COMUNE DI RESIDENZA</b>	<b>CAP</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>TEL./CELLULARE</b>	
<b>Stato civile</b>	<b>INDICARE LO STATO CIVILE</b>	<b>COGNOME DEL CONIUGE</b>		<b>NOME DEL CONIUGE</b>	
<b>Documento di identità</b>	<b>NUMERO DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA</b>	<b>RILASCIATO DA</b>		<b>DATA DEL RILASCIO</b>	

In qualità di:

- Diretto interessato/a;
- Parente o affine (specificare) \_\_\_\_\_;
- Legale rappresentante (allegare copia del decreto di nomina):
  - Amministratore di sostegno
  - Tutore
  - Procuratore
  - Altro \_\_\_\_\_

**PRESENTA DOMANDA**

per la concessione di un contributo economico a titolo di integrazione della retta di ricovero in struttura a carattere socio sanitario residenziale a favore di:

- Sé stesso;
- NOME E COGNOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ PROV ( ) DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
IN VIA \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DI IDENTITA' \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché dell'obbligo di decadenza dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

### DICHIARA

Di essere residente nel Comune di Aritzo dal \_\_\_\_\_;

Che il nucleo familiare è composto dai seguenti soggetti:

N°	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1				
2				
3				
4				

Che i familiari **non conviventi di 1° grado** (madre, padre, figlio, figlia) sono i seguenti:

N°	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Che il valore ISEE per **prestazioni socio-sanitarie residenziali** calcolata ai sensi dell'art.6 del D.P.C.M. n° 159/2013 per persone maggiorenni con eventuale componente aggiuntiva per i figli anche non conviventi (\*), corrisponde a € \_\_\_\_\_ come da certificazione n. INPS-ISEE allegata;

*(\*) in caso di presenza di figli del beneficiario non inclusi nel nucleo familiare, l'ISEE è integrato di una componente aggiuntiva per ciascun figlio, calcolata sulla base della situazione economica dei figli medesimi;*

Di essere in possesso dell'autorizzazione all'accesso in struttura da parte della componente Unità di Valutazione Territoriale (U.V.T.), come da verbale allegato;

Di percepire i seguenti **redditi esenti da imposta sul reddito delle persone fisiche IRPEF**, corrisposti a titolo di minorazioni fisiche (**pensione di invalidità civile, indennità di accompagnamento**) e quelli di **natura assistenziale o previdenziale non compresi nell'imponibile IRPEF** come da certificazione allegata:

N.	TIPO DI ENTRATA	IMPORTO ASSEGNO MENSILE €	TOTALE ANNUO (COMPRESA 13^ MENSILITA'
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€

- Di non aver effettuato donazioni di cespiti del patrimonio mobiliare e/o immobiliare (terreni e/o fabbricati) negli **ultimi 3 anni** a nessuna persona tenuta agli alimenti ai sensi dell'art.433 del c.c;
- Di impegnarsi ad utilizzare per il pagamento della retta le somme di qualsiasi tipo di cui il beneficiario divenga titolare successivamente alla domanda, ancorché percepite da terzi (famiglia, amministratore di sostegno). Ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune di Aritzo per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano.
- Che la struttura residenziale di ricovero del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ è il seguente:
- Denominazione: \_\_\_\_\_;
  - Indirizzo: \_\_\_\_\_;
  - Città: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_;
  - Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;
  - Data ingresso in struttura \_\_\_\_\_;
  - Referente da contattare \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_;
- Che la retta alberghiera di ricovero è pari a € \_\_\_\_\_ mensili come da allegata dichiarazione della struttura residenziale;
- Di impegnarsi a coprire la retta alberghiera di riferimento con tutti i propri redditi, l'assegno di accompagnamento, i redditi non fiscalmente imponibili, i beni mobili, i proventi di eventuali atti di disposizione dei diritti reali e l'apporto eventuale dei propri familiari.

### DICHIARA INOLTRE

quanto segue.

- 1) Di avere preso visione del "Regolamento comunale per il pagamento dell'integrazione rette di ricovero in strutture residenziali a carattere sociosanitario" approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n. 9 del 14/04/2024 e di essere a conoscenza delle disposizioni ivi contenute;
- 2) Di essere consapevole che la tardiva o mancata esibizione dei documenti necessari all'istruttoria delle pratiche e al rinnovo della prestazione; i requisiti di accesso all'intervento ed i criteri di esclusione; gli obblighi del cittadino e le norme a salvaguardia degli equilibri di spesa;
- 3) Di essere consapevole che l'accesso alla prestazione è determinato dall'Indicatore della Situazione Economica Equivalente, di cui al D.P.C.M. n. 159 del 05.12.2013, relativo al soggetto in carico.
- 4) Di essere altresì consapevole che l'ISEE non rileva ai fini della valutazione circa l'entità dell'integrazione od il fatto che questa competa o meno al soggetto medesimo;
- 5) Di essere consapevole che la mancata presentazione di un'attestazione ISEE aggiornata ogni anno entro i termini stabiliti dal Regolamento comporterà la decadenza della compartecipazione alla quota socio-assistenziale della retta di ricovero da parte del Comune.
- 6) Di prendere atto che la prestazione in oggetto, se dovuta, decorrerà dalla data di presentazione della

presente istanza correlata da tutti i documenti utili ai fini del calcolo della medesima, salvo diversamente disposto.

- 7) Di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- 8) Di allegare alla presente istanza i seguenti documenti:

- Copia Carta di identità in corso di validità del dichiarante;
  - Decreto di nomina a Amministratore di sostegno;
  - ISEE socio sanitario - residenziale (art. 6 del DPCM 159/2013);
  - Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU per prestazioni socio sanitarie residenziali).
  - Copia Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile dichiarata dalla Commissione Invalidi dell'ASL competente;
  - Certificato ex art. 3 c. 3 della Legge 104/92
  - Copia Verbale di valutazione Territoriale (U.V.T.);
  - Certificato di pensione (mod. OBIS M) rilasciato dall'INPS, riferito all'anno in corso;
  - Indennità di accompagnamento;
  - ogni eventuale documentazione ritenuta utile a chiarire la natura, l'origine, l'entità del bisogno ed altre particolari circostanze, ivi compreso l'atto od altro documento volti ad attestare la legittimazione di un soggetto terzo ad agire eventualmente per conto del richiedente la prestazione:
- 

Aritzo, li \_\_\_\_\_

---

*(Firma per esteso e leggibile)*

**Informativa ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR Regolamento Ue 2016/679**

Si informa che il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, forniti con la presente domanda è effettuato dal Comune di Aritzo, quale titolare del trattamento, nell’ambito delle attività istituzionali. Il trattamento dei dati viene effettuato anche con l’utilizzo di procedure informatizzate ed è finalizzato all’espletamento delle attività, connesse e strumentali, alla gestione delle procedure amministrative volte anche a verificare le condizioni di morosità incolpevole ai fini dell’accesso ai relativi contributi per ricoveri in strutture residenziali.

Il trattamento dei dati raccolti attraverso il presente modulo è improntato ai principi di liceità e correttezza, di pertinenza e non eccedenza. Il conferimento dei dati (fatta eccezione per il numero telefonico) è obbligatorio e l’eventuale rifiuto preclude la possibilità di partecipare alla procedura per accedere al contributo previsto dall’apposito Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli. I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione, e potranno inoltre essere comunicati ad altri soggetti pubblici purché previsto da specifiche disposizioni di legge o di regolamento.

I trattamenti saranno effettuati a cura delle persone fisiche preposte alla relativa procedura, designate come incaricati del trattamento. I dati potranno essere conosciuti dai soggetti che interverranno nelle attività procedurali opportunamente individuati e designati come Responsabili esterni del trattamento ai sensi del GDPR Regolamento Ue 2016/679. I dati saranno conservati per il tempo previsto dalle indicazioni del manuale GED.

L’interessato può esercitare i diritti previsti dal GDPR Regolamento Ue 2016/679, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l’aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo la richiesta al Comune di Ozieri come Titolare, Via Vitt. Veneto, 11 – 07014 Ozieri, oppure al Responsabile (Dirigente del Settore Politiche Sociali) presso la sede del Comun di Ozieri.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI (REGOLAMENTO UE n. 679/2016)**

Il sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Aritzo, li \_\_\_\_\_

---

*(Firma per esteso e leggibile)*