



# COMUNE DI PONTENURE

PROVINCIA DI PIACENZA

Via Ugo Moschini 16 — 29010 Pontenure — Tel. 0523/692039 Fax 510138

Al Comune di Pontenure

  I   sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità  
di \_\_\_\_\_ richiede l'autorizzazione al ricovero  
presso l'Istituto \_\_\_\_\_ per  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza  
\_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_

- con spesa a totale carico del/la ricoverato/a e dei famigliari tenuti agli alimenti;
- con il concorso del Comune per il pagamento della retta.

A tale scopo, sotto la sua personale responsabilità, fornisce le notizie riportate sul presente modulo, allegando la seguente documentazione:

- certificato medico della persona per cui si chiede il ricovero in struttura;
- certificati pensioni anno in corso (Mod. O Bis M) della persona per cui si richiede la presente autorizzazione;
- dichiarazione sostitutiva unica della persona richiedente l'autorizzazione al ricovero e dei famigliari tenuti agli alimenti, presentata ai sensi del D. L.vo n. 109/98 e successive modificazioni, relativa ai redditi dell'anno \_\_\_\_\_;
- oppure  copia dell'attestazione ISEE n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata dall'INPS, relativa ai redditi famigliari dell'anno \_\_\_\_\_

Ai fini della valutazione della presente domanda, dichiara:

- di percepire i seguenti contributi a carattere continuativo ( es. : pensione di invalidità civile, indennità di accompagnamento, assegno di cura, ecc.) :

\_\_\_\_\_



## SITUAZIONE FAMILIARE

NUCLEO FAMILIARE DELL' ASSISTITO				
Cognome e Nome	Relaz. Parent.	Data nascita	Attività/pensione	Ditta / Ente

ALTRI PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI NON CONVIVENTI			
Cognome e Nome	Relaz. parent.	Indirizzo	Telefono

Elementi caratteristici significativi del rapporto con il richiedente

---



---



---



---

