

Al Signor Sindaco/Presidente Residenza Protetta
del Comune di _____

Alla Segreteria delle Cure Domiciliari
Via del Glorioso, 8
62027 – SAN SEVERINO MARCHE
Fax 0733/642263

__L__ sottoscritt__ _____ nat__ a
_____ il _____ residente a _____ in
via _____ n. _____ telefono _____

in qualità di:

- Persona anziana richiedente l'ingresso in struttura residenziale
- Familiare dell'anziano

***PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO IN CASA DI RIPOSO-RESIDENZA
PROTETTA***

1. Presso la struttura di _____
2. Presso una qualsiasi struttura del distretto (in caso di rinuncia sceglie di rimanere in graduatoria unicamente per la struttura di _____)

per il Sig./la Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ telefono _____

Si impegna al pagamento della retta giornaliera di ricovero.

Distinti saluti.

_____, li _____

Firma

Allegati:

- Domanda di attivazione al sistema delle cure domiciliari redatta dal MMG;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la situazione socio-economica della persona anziana che richiede l'ingresso in struttura;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare della persona anziana;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante;