

DATI DELL'OSPITE

| | |
|-------------|--|
| Nome | |
| Cognome | |
| Nato a | |
| Il | |
| Residente a | |
| In via | |
| Telefono | |

CHIEDE

Di essere ospitato presso la Casa di Riposo " N. Fabbri" del Comune di Molinella

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 DPR 445/2000

DICHIARO

1) che la mia rete familiare è composta da :

| Nome e cognome | Grado di parentela | Comune di Residenza | Telefono (se referente per i contatti) |
|----------------|--------------------|---------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2) di avere ricevuto copia aggiornata del regolamento e delle rette in vigore alla data di questo documento

3) di richiedere non richiedere il contributo al Comune

NOTA BENE: Nel caso di richiesta di contributo, questa domanda sarà considerata valida e completa quando corredata da Nome Cognome, residenza e reddito di tutti i parenti tenuti all'obbligo degli alimenti (Art.433 del Codice Civile)

4) Di presentare questa richiesta con carattere di urgenza in via preventiva per la seguente motivazione

- attualmente ricoverato in ospedale
- attualmente ricoverato in altre strutture (indicare il nome e la località)

- attualmente al proprio domicilio, privo di adeguata assistenza
- altro (specificare)

5) di allegare copia del documento di identità del richiedente in stato di validità

| DATA DI PRESENTAZIONE | FIRMA DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA |
|-----------------------|---|
| | |

| DATA DI PRESA IN CARICO | FIRMA DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO | Numero assegnato in lista |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| | | |

Per informazioni rivolgersi a:
Segreteria della Casa di Riposo "Nevio Fabbri"
Via Murri 3 - 40062 Molinella
Tel 051/88.01.00- Fax 051/690.52.17
casadiriposo@comune.molinella.bo.it