



**COMUNE DI SAN MICHELE DI GANZARIA**  
(Città Metropolitana di Catania)

Via Roma,82 – 95040 – San Michele di Ganzaria (CT), tel.0933 971009-012  
[www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it](http://www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it) – [sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it](mailto:sociale.istruzione@comune.sanmichelediganzaria.ct.it)  
C.F. 82002180873 – P. I.V.A. 01180410878

**MODULO RICHIESTA COMPARTECIPAZIONE AL PAGAMENTO DELLA RETTA IN STRUTTURE  
RESIDENZIALI ASSISTENZIALI- SOCIO RIABILITATIVE**

Il/La sottoscritt\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Recapiti Cell. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La compartecipazione da parte del Comune di San Michele di Ganzaria, alla spesa sociale per l'inserimento nella seguente struttura:

- Residenza sanitaria assistenziale (RSA)**
- Struttura residenziale socio – riabilitativa psichiatrica –gruppo appartamento**
- Struttura residenziale socio-riabilitativa psichiatrica- comunità alloggio**
- Per se medesimo
- Oppure, in qualità di \_\_\_\_\_, per:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

DICHIARA CHE

ai sensi del DPR 445/00 che (indicare i dati dell'utente  
ricoverato)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, Codice fiscale \_\_\_\_\_ - è  
residente a San Michele di Ganzaria in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ -  
è ricoverato/a presso la struttura (nome struttura e indirizzo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal giorno \_\_\_\_\_ -

Al fine di consentire all' Ufficio Servizi Sociali del Comune di San Michele di Ganzaria la  
valutazione delle condizioni socio- economiche per l'eventuale intervento di sostegno per  
l'ospitalità presso la comunità alloggio ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R n 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Che il proprio tutore/amministratore di sostegno è \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Che la situazione economica equivalente (ISEE) del soggetto/ nucleo familiare è pari a  
euro \_\_\_\_\_

Che percepisce:

- Pensione civile pari a euro \_\_\_\_\_ mensili
- Indennità di accompagnamento pari a euro \_\_\_\_\_ mensili
- Assegno sociale pari a euro \_\_\_\_\_ mensili
- Assegno d' inclusione (ADI) pari a euro \_\_\_\_\_ mensili
- Altri contributi Regionali, Statali a sostegno \_\_\_\_\_ mensili

specificare tipo di contributo a sostegno del reddito) \_\_\_\_\_

Che il proprio nucleo familiare si compone come segue:

Quadro A - Nucleo familiare R ( dichiarante , componenti della famiglia anagrafica, soggetti considerati a carico ai fini IRPEF)			
COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA

**Dichiara, inoltre, che i soggetti tenuti all' obbligo di assistenza sono:**

Quadro B - Persone obbligate ( Art 433 del codice civile )			
GRADO DI PARENTELA	COGNOME NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA

*Gli obbligati per legge, nella fattispecie, sono nell' ordine:*

*1 Coniuge;*

*2 Genitori;*

*3 Figli, anche adottivi e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali;*

*5 Fratelli/ sorelle*

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione della propria situazione reddituale e patrimoniale che dovesse intervenire durante il periodo del ricovero.

Il sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000.

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il Comune di San Michele di Ganzaria effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti a autorità a questo preposte.

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di chi all'art. n. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati forniti nel presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di San Michele di Ganzaria per l'erogazione della prestazione in oggetto e potranno essere comunicati a terzi per la medesima finalità, sempre nel rispetto del D.Lgs. n.196/2003- Informativa concernente il trattamento dei dati personali.

**Allega** alla presente i seguenti documenti:

- Copia del documento d'identità del richiedente
- Copia del documento d'identità dell'utente
- Scheda di valutazione rilasciata dal Dipartimento di Salute Mentale/ progetto riabilitativo
- Copia dell' ISEE
- Copia dell' ISEE degli obbligati per legge

San Michele di Ganzaria il , \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_