

**AL DIRETTORE GENERALE
ISTITUTO COSTANTE GRIS
VIA TORNI, N. 51
31021 MOGLIANO VENETO (TV)**

Il/la sottoscritto/a * _____ nato/a

_____ Provincia _____ il ____|____|____|

residente a _____

in via/piazza _____ n. _____ tel. _____

Stato civile _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Documento di riconoscimento:

tipo _____ N. _____

rilasciato da _____

* da compilare quando la domanda viene presentata direttamente dal soggetto interessato all'inserimento

oppure

Il/la sottoscritto/a ** _____ nato/a

_____ Provincia _____ il ____|____|____|

residente a _____

in via/piazza _____ n. _____ tel. _____

Stato civile _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

in qualità di _____ (tutore/amministratore di sostegno, familiare – specificare rapporto di parentela o affinità – altro).

Documento di riconoscimento:

tipo _____ N. _____

rilasciato da _____

**** da compilare quando la domanda viene presentata da soggetto diverso dall'interessato**

**CHIEDE DI ESSERE ACCOLTO/A
presso il**

**"Centro di Servizio" di via Tommasini;
(oppure)**

**CHIEDE L'ACCOGLIMENTO
presso il**

"Centro di Servizio" di via Tommasini;

DEL/DELLA:

Sig./Sig.ra ** _____ nato/a

_____ Provincia _____ il ____|____|____|

residente a _____

in via/piazza _____ n. _____ tel. _____

Stato civile _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Documento di riconoscimento:

tipo _____ N. _____

rilasciato da _____

**** da compilare quando la domanda viene presentata da soggetto diverso dall'interessato**

DICHIARA

quanto segue consapevole che le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente ai sensi dell'articolo 76 del DPR 445/2000:

Situazione familiare dell'interessato all'accoglimento

che i componenti il nucleo familiare convivente sono i seguenti:

| COGNOME NOME | DATA NASCITA | Relazione di parentela | Residenza, Comune, via , tel. |
|--------------|--------------|------------------------|---------------------------------|
| | | | Tel. |
| | | | Tel. |
| | | | Tel. |
| | | | Tel. |

che tra i famigliari, i seguenti sono obbligati ai sensi dell'art.433 del codice civile:

| COGNOME NOME | DATA NASCITA | Relazione di parentela | Residenza, Comune, via |
|--------------|--------------|------------------------|---------------------------------|
| | | | Tel |
| | | | Tel |
| | | | Tel |
| | | | Tel. |

Si informa che il trattamento dei dati è gestito dall'Istituto Costante Gris, Titolare del Trattamento, in conformità a quanto stabilito dall'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

Situazione reddituale individuale dell'interessato all'accoglimento

- che i redditi percepiti sono i seguenti
 - soggetti ad IRPEF €.....
 - non soggetti ad IRPEF:
 - pensione di invalidità, guerra, INAIL €.....
 - indennità di accompagnamento €.....
 - altro €.....
 - di non percepire alcun reddito

Condizione fisico – sanitaria dell'interessato all'accoglimento

- allego informazioni sanitarie - scheda S.V.A.M.A. Regione Veneto
- allego eventuale certificato medico _____
- altro _____

Notizie generali dell'interessato all'accoglimento

- di essere cittadino italiano
- di non avere pendenze con la legge per reati penali

COMUNICA

- il seguente nominativo del familiare dell'interessato all'accoglimento (grado parentela) per la tenuta dei rapporti con l'istituto:
nome -cognome.....
nato a Prov.
il /..... /..... residente nel Comune di in via
.....n°.. .telefono.....
- ed in caso di mancanza del familiare il nominativo del Sig./sig.ra :
nome -cognome.....
in qualità di _____ (tutore/amministratore
di sostegno – altro).
nato a Prov.
il/...../..... residente nel Comune di in via
.....n°.... .telefono.....

Altri recapiti:

- Medico di famiglia curante
- Ambulatorio in via.....n. comune di
(prov.) telefono; orario

Assistente socialedel Comune/Az
ULSS di (prov.....) tel.

ASSICURA

- che la retta sarà pagata per tutto il periodo di accoglienza da:
 - sottoscritto beneficiario dei servizi;
 - dalla persona autorizzata sensi delle disposizioni di cui al titolo XII del c.c. ad agire in luogo dell'interessato Sig./Sig.ra come sopra identificata;
 - dalla persona obbligata ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 433 del c.c. Sig./Sig.ra come sopra identificata che risponde direttamente e in solido con le seguenti altre persone obbligate ai sensi dell'art. 433 del cc. e come sopra identificate:
 - A).....
 - B).....
 - C).....
 - D).....
 - dal Comune di che ai sensi e per gli effetti degli artt. 2, 3 e 6 della L 328/2000 interverrà nel pagamento della retta:
 - solo in via residuale rispetto all'interessato o ai famigliari obbligati;
 - totalmente;

come da impegno che sarà assunto dallo stesso Comune;

- che gli importi della retta saranno versati a favore dell'istituto Costante Gris presso la tesoreria "VENETO BANCA HOLDING S.c.p.a." come di seguito indicato:

| COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI (IBAN) | | | | | |
|---|-------------|----------|--------------|--------------|---------------------|
| PAESE | CHECK DIGIT | CIN | ABI | CAB | CONTO CORRENTE |
| IT | 54 | R | 05035 | 61800 | 039570304728 |

Per tutti i versamenti effettuati direttamente o tramite bonifico bancario dovranno essere riportati:

- il Codice ospite (che sarà comunicato dagli uffici);
- la causale con il mese e l'anno di riferimento del versamento, se trattasi di retta di servizio, altre causali per altri versamenti.

- I VERSAMENTI devono essere effettuati:
 - entro 30 gg dalla data di fattura se trattasi di persona e/o famigliare;
 - entro 60 dalla data di fattura se trattasi di intervento totale o di integrazione da parte di ente pubblico;

SI IMPEGNA

in caso di accoglimento della presente domanda, a rispettare tutti gli obblighi previsti dall'Istituto e a comunicare alla stesso istituto entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati dichiarati.

E' A CONOSCENZA

che l'Istituto Gris:

- può promuovere controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000) di propria iniziativa o tramite il Comune di appartenenza, l'Azienda ULSS territoriale o in altro modo;
- in caso di mancato o ritardato pagamento degli importi dovuti, provvede al loro recupero nei modi di legge attivando:
 - a) primo sollecito scritto all'immediato riscontro del mancato pagamento;
 - b) secondo sollecito scritto decorsi inutilmente 10 gg dal primo sollecito;
 - c) ingiunzione formale e messa in mora con applicazione di interessi sull'ammontare del debito calcolato ai sensi del dlgs 231 del 9.10.2002;
 - d) avvio pratica legale per recupero credito.

DICHIARA INFINE

- di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi nei limiti dello stesso decreto legislativo.
- di aver letto integralmente il presente modulo composto da n. sette pagine.

Data

IN FEDE, (Firma del richiedente)***

La richiesta viene trasmessa anche al Comune di

interessato ai sensi della L 328/2000.

*** Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della legge n°127/97, come modificato dall'art. 2 comma 10 della legge 16/6/98 n°191, la sottoscrizione della presente istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto, ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Si informa che il trattamento dei dati è gestito dall'Istituto Costante Gris, Titolare del Trattamento, in conformità a quanto stabilito dall'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

Nell'impossibilità di firma da parte del richiedente beneficiario, la firma va posta dal richiedente familiare o tutore con allegato fotocopia del documento di identificazione del sottoscrittore.

Allega alla domanda la seguente documentazione:

- scheda SVAMA della Regione Veneto;
- eventuale relazione integrativa dell'assistente sociale dell'Ente locale di competenza sulle condizioni familiari, sociali ed economiche della persona da accogliere;
- eventuale documentazione medica integrativa sulle condizioni fisico-sanitarie della persona da accogliere;
- eventuale dichiarazione sostitutiva (per attestare notizie a favore dell'interessato non comprese nella presente modulistica).

Spazio riservato all'ufficio di accoglimento dell'Istituto Costante Gris

A norma dell'art.38, D.P.R. 28.12.2000 n.445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

- è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;
- è pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata sottoscritta da altro richiedente autorizzato, che ha allegato la fotocopia di un proprio documento di identità.

Data, nominativo, firma leggibile e ruolo del dipendente dell'Istituto che riceve la domanda
