

## Richiesta di accesso alla rete dei servizi domiciliari e/o residenziali

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a..... Via..... n° .....  
tel. .... C.F.....

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000, per le dichiarazioni mendaci e di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

### CHIEDE

Per se stesso

Per il proprio familiare

Nome..... Cognome.....  
nato/a ..... il .....  
residente a..... Via..... n° .....  
tel. .... C.F.....

in atto ricoverato/a presso U.O .....  
.....

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

CURE PALLIATIVE

**RICOVERO IN RSA**, ai sensi del D.P. del 25/10/99 e successivi e ai sensi del D.A. 24/05/2010. A tal uopo dichiara di essere consapevole che la quota posta a carico proprio/dell'assistito, a decorrere dal 61° giorno di ricovero, è pari a € 53,10 al giorno fatti salvi i casi di esonero previsti dalla norma. Dichiara altresì di essere consapevole che la necessaria procedura amministrativa deve essere obbligatoriamente completata presso il Distretto di residenza dell'assistito nei giorni antecedenti il ricovero in R.S.A.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del D.Lgs. 196/03.

A tal fine allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Catania.....

Firma

.....

