

Amministrazione destinataria

Regione Umbria

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Domanda di accesso alla residenza sanitaria disabili

### Il sottoscritto

|                    |                |           |                             |                |                               |       |       |                              |     |
|--------------------|----------------|-----------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome            |                | Nome      |                             | Codice Fiscale |                               |       |       |                              |     |
| Data di nascita    |                | Sesso     | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |       |       |                              |     |
| Residenza          |                |           |                             |                |                               |       |       |                              |     |
| Provincia          | Comune         | Indirizzo |                             | Civico         | Barrato                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |           | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |       |       |                              |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'accesso alla residenza sanitaria disabili

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

|                          |        |           |                  |                |              |       |       |                              |     |
|--------------------------|--------|-----------|------------------|----------------|--------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome                  |        | Nome      |                  | Codice Fiscale |              |       |       |                              |     |
| Data di nascita          |        | Sesso     | Luogo di nascita |                | Cittadinanza |       |       |                              |     |
| Residenza                |        |           |                  |                |              |       |       |                              |     |
| Provincia                | Comune | Indirizzo |                  | Civico         | Barrato      | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| <b>in qualità di (*)</b> |        |           |                  |                |              |       |       |                              |     |
| Ruolo                    |        |           |                  |                |              |       |       |                              |     |

In qualità di (\*):  
 amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

**per il seguente motivo**

Motivazione

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che il nucleo familiare del beneficiario è composta da

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela (*) | Professione (**) | % Disabilità (***) |
|---------|------|-----------------|------------------------|------------------|--------------------|
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |
|         |      |                 |                        |                  |                    |

*Grado di parentela (\*)  
coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente*

*Professione (\*\*)  
studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro*

*Disabilità (\*\*\*)  
nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%*

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

Il dichiarante