

Oggetto: Richiesta di compartecipazione al pagamento della retta in SRSR psichiatrica (SRSR24h, SRSR 12h, SRSR fascia oraria)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il residente a
in n. CAP tel.
email C.F.
in qualità di

valendosi delle disposizioni del DPR 28/12/2000 n.445 e consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci, formano atti falsi o ne fanno uso,

DICHIARA

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

Nome e Cognome
nato/a a il residente a
in n. CAP
C.F. è ricoverato presso la struttura SRSR psichiatrica (indicare nome struttura)
 indirizzo
dal giorno e percepisce l'indennità di accompagnamento: Sì No

CHIEDE

La compartecipazione da parte del Comune di , al costo delle prestazioni di natura non sanitaria per la degenza nella di seguito indicata SRSR psichiatrica ai sensi della normativa nazionale vigente, DPCM del 14 febbraio 2001 e DPCM 29 novembre 2001; dei decreti regionali: DCA del 24 novembre 2015, n. 562, DCA 3 marzo 2016, n. U00062; decreto DCA 1 luglio 2016 n. 234:

- SRSR 24h
 SRSR 12h
 SRSR fascia oraria
accreditata dalla Regione Lazio

per se medesimo oppure, in qualità di Genitore/Figlio/Tutore/Coniuge/Altro

Si allegano:

- copia del documento di identità del richiedente;
- copia del documento di identità dell'utente;
- scheda di valutazione rilasciata dall'Unità di valutazione DSM Distretto;
- modello ISEE in corso di validità;
- copia del certificato legge 104/92 attestante la disabilità.
- altro

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

N.B. Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a urp@comune.tivoli.rm.it o con PEC a info@pec.comune.tivoli.rm.it