

OGGETTO: richiesta di ammissione presso la Residenza "C. Mordini"

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in nome e per conto del/la sig. \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a CASTELFIDARDO in via \_\_\_\_\_  
chiede l'ammissione presso la Residenza "C. Mordini".

Il sottoscritto dichiara di:

- a) concorrere al pagamento della retta in solido con l'ospite, qualora lo stesso non abbia redditi sufficienti o per qualsiasi motivo sia impossibilitato al pagamento;
- b) accettare quanto previsto nel Regolamento per le ammissioni approvato con atto consiliare n. 48 del 31/07/2018; le disposizioni della Direzione ed eventuali nuove norme di funzionamento che potrebbero essere emanate ogni qualvolta si renderanno necessarie ed opportune per il buon funzionamento della struttura.

Si impegna a pagare mensilmente la retta stabilita annualmente dall'Amministrazione Comunale sulla base della categoria relativa al grado di autosufficienza stabilito dall'U.V.I. ed autorizza la raccolta dei presenti dati necessari per il procedimento in corso, consapevole che gli stessi saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 27/4/2016. E' a conoscenza che il Comune può svolgere tutte le verifiche ritenute utili all'accertamento della veridicità di quanto dichiarato, anche tramite collaborazione con la Guardia di Finanza.

Si impegna altresì a versare il deposito cauzionale corrispondente ad una mensilità e la retta mensile entro i primi 15 giorni del mese successivo a quello di riferimento, con decorrenza dal giorno di ingresso in struttura.

Alla domanda si allegano i seguenti documenti:

- a) Fotocopia documento identità di chi presenta la domanda;
- b) Certificato medico dal quale risultino specificatamente le condizioni fisiche e l'esenzione da malattie infettive, infermità o turbe mentali che siano comunque incompatibili con la normale convivenza di comunità;
- c) Scheda di valutazione grado di autosufficienza resa dal medico curante.

Castelfidardo, lì \_\_\_\_\_

F I R M A

\_\_\_\_\_