



DomiGroup



**DOMANDA DI INSERIMENTO PRESSO LA  
COMUNITA' ALLOGGIO DELL'AREA "DOPO DI NOI"  
"DOTT. VINCENZO ZACCAGNINO"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

*Stato civile*

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Separato/a

Divorziato/a

Vedovo/a

**CHIEDE**

Per se stesso;

Oppure

In qualità di:

Familiare di riferimento;

Amministratore di sostegno;

Tutore;

Curatore;

Assistente familiare (badante);

Altro \_\_\_\_\_

Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ (Grado di parentela \_\_\_\_\_)

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_



Che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 455/2000)

**di essere accolto nella COMUNITA' ALLOGGIO DELL'AREA "DOPO DI NOI"  
"DOTT. VINCENZO ZACCAGNINO"**

In qualità di:

- cittadini di ambo i sessi, soggetti maggiorenni, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, privi di validi riferimenti familiari, in situazione di disabilità fisico, intellettuale o sensoriale;

Il richiedente dichiara di essere:

- Invalido civile al \_\_\_\_\_% con SI - NO indennità di accompagnamento;
- Titolare di pensione (specificare) \_\_\_\_\_;
- Specificare importo mensile di eventuale reddito pensionistico: € \_\_\_\_\_;
- Privo di alcun reddito personale
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_.

Dichiara inoltre di essere in grado di fare fronte al pagamento totale della retta mensile prevista per l'inserimento presso la **COMUNITA' ALLOGGIO DELL'AREA "DOPO DI NOI" - "DOTT. VINCENZO ZACCAGNINO"** equivalente ad:

- € 1.398,41 (retta giornaliera di € 45,11) cittadini di ambo i sessi, soggetti maggiorenni, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, privi di validi riferimenti familiari, in situazione di disabilità fisico, intellettuale o sensoriale;

**ALTRE INFORMAZIONI**

La persona interessata all'inserimento presso la **COMUNITA' ALLOGGIO DELL'AREA "DOPO DI NOI" - "DOTT. VINCENZO ZACCAGNINO"** vive presso:

- Abitazione: \_\_\_ propria - \_\_\_ in locazione - \_\_\_ di terzi (specificare \_\_\_\_\_)
- Ospedale (Specificare) \_\_\_\_\_;
- Istituto di Riabilitazione (Specificare) \_\_\_\_\_;
- RSA o Casa di Riposo (Specificare) \_\_\_\_\_;
- Struttura psichiatrica (Specificare) \_\_\_\_\_;
- Altra struttura (Specificare) \_\_\_\_\_;
- Altro (Specificare) \_\_\_\_\_;

San Nicandro G., li \_\_\_\_\_



Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore della domanda
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità cittadino/a da accogliere
- Eventuale certificato di invalidità
- Eventuale certificato pensionistico o documentazione reddituale

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

**Firma di eventuale altro sottoscrittore della domanda** \_\_\_\_\_

*Autorizza il trattamento dei propri dati ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE2016/679 sulla privacy e s.m.i.*

San Nicandro G., li \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

**Firma di eventuale altro sottoscrittore della domanda** \_\_\_\_\_