

**AL CENTRO ANZIANI "E. TOLAZZI"  
VIA GIORGIO ERMOLLI, 28  
33015 MOGGIO UDINESE**

Tel. Struttura 0433 - 51358  
Fax struttura 0433 - 550507  
Tel. Ufficio 0433 - 51999  
Fax Ufficio 0433 - 550619

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

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

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Ed attualmente ricoverato/a c/o \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria (C.R.A.) \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere ammesso/a nel Centro Anziani "Ettore Tolazzi" di Moggio Udinese impegnandosi a corrispondere la retta richiesta.

**D I C H I A R A**

Di essere a conoscenza che la retta per l'anno 2011 è la seguente:

		RETTA al netto del Contributo Regionale	RETTA al lordo del Contributo Regionale
I° GRADO	punteggio B.I.N.A. < 220 punti senza verbale d'invalidità	€ 38,65	€ 38,65
II° GRADO	punteggio B.I.N.A. ≥ 220 punti senza verbale d'invalidità	€ 44,40	€ 61,00
III° GRADO	con verbale d'invalidità senza indennità di accompagnamento	€ 45,95	€ 62,55
IV° GRADO	con verbale d'invalidità e indennità di accompagnamento	€ 48,00	€ 64,60

A tal fine dichiaro di essere titolare di.

PENSIONE, LIBRETTO N.  
(di cui si allegano fotocopie)

€ ANNUALI/MENSILI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PENSIONE, LIBRETTO N.  
(di cui si allegano fotocopie)

€ ANNUALI/MENSILI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PENSIONE, LIBRETTO N.  
(di cui si allegano fotocopie)

€ ANNUALI/MENSILI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALTRI REDDITI O PROPRIETA'

\_\_\_\_\_

**(ALLEGARE, SE IN POSSESSO, VERBALE COMPROVANTE LO STATO DI INVALIDITA')**

Recapito dei familiari:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per la gestione degli adempimenti relativi al procedimento per cui si rilascia la presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO DELLE RETTE DI RICOVERO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Nella qualità di \_\_\_\_\_ Del richiedente sig. \_\_\_\_\_

con la presente, si impegna all'integrazione del pagamento, nei termini previsti dal Regolamento del Centro Anziani "Ettore Tolazzi" di Moggio Udinese, della retta giornaliera, qualora i redditi del richiedente non fossero sufficienti, garantendo l'obbligazione con i propri redditi e beni mobili ed immobili.

Inoltre si impegna, alla data di accettazione all'ingresso, al versamento di una cauzione infruttifera pari a una mensilità in vigore all'atto dell'ingresso, mediante versamento presso la tesoreria comunale - Banca Popolare Friuladria - Filiale di Moggio Udinese IT65 A 05336 63970 000035266651. La quietanza sarà intestata al garante del pagamento con l'indicazione, nella descrizione, del nome dell'ospite.

\_\_\_\_\_  
,li \_\_\_\_\_

IN FEDE  
\_\_\_\_\_