

**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. \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

L'ammissione presso la struttura del Sig \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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	€ 6,55
IV° GRADO	con verbale d'invalidità e indennità di accompagnamento	€ 48,00	€ 64,60

A tal fine dichiara che l'interessato è titolare di:

PENSIONE, LIBRETTO N. \_\_\_\_\_ € ANNUALI/MENSILI  
(di cui si allegano fotocopie) \_\_\_\_\_

PENSIONE, LIBRETTO N. \_\_\_\_\_ € ANNUALI/MENSILI  
(di cui si allegano fotocopie) \_\_\_\_\_

PENSIONE, LIBRETTO N. \_\_\_\_\_ € ANNUALI/MENSILI  
(di cui si allegano fotocopie) \_\_\_\_\_

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 pagamento 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

\_\_\_\_\_