

**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 \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

**DICHIARA**

Di essere a conoscenza che la retta per l'anno **2013** è la seguente:

		RETTA al netto del Contributo Regionale Quota fissa	RETTA al lordo del Contributo Regionale
I° GRADO	punteggio B.I.N.A. < 220 punti senza verbale d'invalidità	€ 40,62	€ 40,62
II° GRADO	punteggio B.I.N.A. ≥ 220 punti senza verbale d'invalidità	€ 47,50	€ 64,10
III° GRADO	con verbale d'invalidità senza indennità di accompagnamento	€ 49,12	€ 65,72
IV° GRADO	con verbale d'invalidità e indennità di accompagnamento	€ 51,28	€ 67,88

A tal fine dichiara

✚ 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'

✚ di essere in possesso del VERBALE DI INVALIDITA', che si allega

SI

NO

✚ di percepire l'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

SI

NO

Inoltre si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio del Centro Anziani ogni variazione dei dati forniti con la presente domanda (in particolare rilascio o variazione verbale di invalidità).-

Recapito dei familiari:    Cognome, Nome, Via e n. civico, Città, CAP – recapito tel. - cell. - e-mail

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

I documenti necessari da allegare al momento della presentazione della domanda sono:

- ✓ fotocopia valido documento di identità (sia della persona richiedente, sia del firmatario della domanda);
- ✓ fotocopia carta sanità regionale (tessera magnetica);
- ✓ fotocopia del codice fiscale del firmatario della domanda;
- ✓ fotocopia tessera sanitaria cartacea;
- ✓ fotocopia verbale invalidità se in possesso;
- ✓ fotocopia libretto pensione, Mod. 730 o CUD;

## **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.

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