

**OGGETTO: "INTEGRAZIONE RETTA DI RICOVERO"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, attualmente ricoverato/a presso la Residenza Sanitaria Assistenziale  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire del pagamento totale o parziale della retta ammontante ad € \_\_\_\_\_ giornaliera ed  
ad € \_\_\_\_\_ mensili.

A tal proposito il/la sottoscritto/a dichiara:

- di usufruire  di NON usufruire dell'indennità di accompagnamento;  
 di avere in atto la pratica per il riconoscimento dell'invalidità civile;  
- che i familiari tenuti alla corresponsione degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del C.C. sono i seguenti:

1- Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

2- Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

3- Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

4- Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del vigente regolamento comunale per l'integrazione rette di ricovero in strutture residenziali e di accettarne le condizioni.

Il/La sottoscritto/a autorizza il Comune a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziaria, ogni eventuale atto e informazione utile ai fini della valutazione della presente istanza.

Santa Marinella, \_\_\_\_\_

**Il/La Richiedente**

\_\_\_\_\_