**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO PER OSPITALITÀ IN CASE DI RIPOSO PER ANZIANI E ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA**

*Art. 33 e ss. Regolamento Unico per l'erogazione delle prestazioni assistenziali*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Il/la sottoscritto/a | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| *Cognome* | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | *Nome* | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nato/a a* | |  | | | |  | | | | | | | | | | *Prov.* | | | | |  | | | *Nazionalità* | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Data di Nascita* | |  | | | |  | | | | | *Codice Fiscale* | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | *Sesso* | | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| *Residente a* | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | *Prov.* | | |  | | | *Via/Piazza* | | | | | |  | |  | | |  | | | | | | | *Civico* | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
| *CAP* |  |  | | | |  | | | | | | *Telefono* | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | / | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *e-mail* | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| *PEC* |  |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |

CHIEDE

l'erogazione del Contributo alle spese per ospitalità in case di riposo per anziani e assistenza domiciliare infermieristica previsto dall’art. 33 e ss. del Regolamento Unico per l'erogazione delle prestazioni assistenziali.

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

*(barrare la voce che interessa)*

* di dimorare in modo permanente presso una casa di riposo pubblica o privata per anziani sostenendo, personalmente e direttamente, la retta di soggiorno nella struttura ospitante per la parte non soggetta a rimborso da parte di altri enti assistenziali pubblici o privati.
* di necessitare di assistenza domiciliare infermieristica non inferiore a due mesi sostenendo direttamente e personalmente la relativa spesa.

AUTORIZZA

l'ENPAB all'accredito dell'assegno riconosciuto sul conto corrente bancario intestato al richiedente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | |  | Check Digit | |  | CIN |  | ABI |  |  |  |  |  | CAB | |  |  |  |  | Numero Conto Corrente | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Allega:

* Modello ISEE del nucleo familiare del richiedente riferito all'ultima annualità fiscalmente dichiarata in corso di validità alla data di presentazione della domanda;
* Copia della documentazione attestante la spesa sostenuta personalmente e direttamente dal richiedente;
* Certificazione medica comprovante i motivi che hanno determinato la richiesta di assistenza domiciliare prescritta e la relativa durata;
* Copia della eventuale certificazione di invalidità rilasciata dalla competente commissione medica pubblica incaricata del relativo accertamento.
* copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA | | |  | FIRMA | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

Ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati”, la informiamo che, i dati e le informazioni richiesti con la presente domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all’evasione della pratica di iscrizione e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o delle ulteriori funzioni istituzionali dell’ENPAB attribuite all’Ente dalla Legge o da norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l’ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti residenti o comunque collocati in paesi esteri. Il conferimento dei dati è obbligatorio. L’eventuale rifiuto renderebbe infatti impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l’esercizio dei connessi diritti ed obblighi previsti dalla normativa in materia di previdenza obbligatoria. In ogni momento la S.V. potrà accedere ai dati da Lei forniti e chiederne la modifica, l’aggiornamento ovvero la cancellazione a mezzo di una comunicazione all’indirizzo mail [dirittiprivacy@enpab.it](mailto:dirittiprivacy@enpab.it). Titolare del trattamento è ENPAB, Via di Porta Lavernale 12 - 00153 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell’Ente.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/la sottoscritto/a, letta e compresa in ogni sua parte l’informativa fornita ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell’ENPAB per le finalità e nei limiti specificati nell’informativa predetta.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA | | |  | FIRMA | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |