

Spett.le  
COMUNE DI BUJA  
Piazza Santo Stefano, 3  
33030 BUJA (UD)

## DOMANDA DI RICOVERO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
in qualità di (grado di parentela/amministratore) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**l'accoglimento residenziale presso la Casa di Riposo di Buja,  
sita in Via Ursinins Piccolo, 2/23, 33030 Buja (UD)**

di COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_  
Paternità \_\_\_\_\_ Maternità \_\_\_\_\_  
Sesso M  F   
Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_  
Esenzioni o Note \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, così come espressamente stabilito dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000

### DICHIARA

1. di aver preso atto di quanto disposto dal vigente Regolamento;
2. di aver preso atto dell'ammontare della retta giornaliera attualmente applicata dalla Casa di Riposo di Buja e delle condizioni di accesso subordinate al versamento della cauzione;
3. di impegnarsi a provvedere al ritiro del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ qualora non vengano osservate tutte le disposizioni di cui al suddetto regolamento;
4. di impegnarsi al pagamento di tutti gli oneri derivanti dal ricovero in Struttura dal giorno della comunicazione della disponibilità del posto con le sostanze del ricoverando, delle quali può disporre a fronte della nomina a \_\_\_\_\_, giusto atto n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_, emesso da \_\_\_\_\_, ed a tal fine dichiara che il/la ricoverando/a è titolare dei seguenti redditi/beni:

Fonte di reddito/Bene	Tipo	Importo annuo/Valore

5. che la famiglia anagrafica del ricoverando/a è composta dalle seguenti persone (autocertificazione dello stato di famiglia):

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela

6. che le persone da contattare in caso di necessità sono le seguenti:

Cognome e nome	Telefono/cellulare	Rapporto di parentela

### DICHIARA

- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 101/2018, 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 disponibile sul sito istituzionale <http://www.comune.buja.ud.it>
- di essere consapevole che il conferimento dei propri dati personali e particolari, ove richiesti, è obbligatorio. In assenza degli stessi non sarà possibile per l'Ente provvedere all'erogazione del servizio o attività richiesta.

Si allega copia di un documento di identità valido.

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_