

**Al Sig. Sindaco del Comune di Siracusa**

Io sottoscritto .....

nato a ..... il .../ .../ ...

Residenza: ..... n. .... lett. ...

CITTA' ..... CAP ..... PROV. .... TEL. ....

**Chiede**

Alla S.V. di essere ricoverato presso l'Istituto assistenziale \_\_\_\_\_  
ai sensi delle LL.RR. n. 87/81 – 22/86 e successive modifiche

**Dichiara**

- Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- Di essere cittadino/a comunitario / extracomunitario
- Di essere residente nel Comune di Siracusa in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_
- Che il reddito complessivo del suo nucleo familiare per l'anno \_\_\_\_\_  
ammonta a \_\_\_\_\_
- Che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

- Che autorizza/non autorizza la diffusione dei dati idonei a rilevare la stato di salute (L. 675/96 art. 20)
- Che autorizza/non autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della L. 675/96
- Di comunicare tempestivamente del suo verificarsi il venir meno anche di una sola delle condizioni qui dichiarate per l'erogazione del servizio
- Si impegna a corrispondere, se dovuta secondo la normativa vigente, la quota di compartecipazione al costo del servizio.

Siracusa li \_\_\_\_\_ Con osservanza \_\_\_\_\_

**Allega:**

- Certificato medica attestante lo stato di parziale autosufficienza
- Mod. CUD o altra dichiarazione dei redditi
- Copia verbale indennità di accompagnamento.