

ALLEGATO "B"

AL COMUNE DI ORSOGNA  
Servizi Sociali  
S E D E

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

- Utente
- Familiare
- Amministratore di sostegno
- \_\_\_\_\_

dell'utente sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
c.f.: \_\_\_\_\_

assistito in regime SEMIRESIDENZIALE in fase di lungo assistenza (mantenimento) dalla struttura  
accreditata \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ dalla  
data del \_\_\_\_\_

al fine di ottenere la compartecipazione alla spesa relativa alla quota sociale della retta di ricovero  
da parte di codesto Ente

CHIEDE

Che gli venga concesso il consenso preventivo alla compartecipazione alla spesa per l'anno 2018  
per le prestazioni socio sanitarie delle quali fruisce.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 dichiara:

1)- di fruire della seguente tipologia di prestazione socio sanitaria, così come riportata nell'art.3 del  
D.P.G.R. Abruzzo del 23.12.2014 n.6REG:

CODICE \_\_\_\_\_ TARGET \_\_\_\_\_ QUOTA SOCIALE GIORNALIERA A CARICO  
UTENTE/COMUNE €. \_\_\_\_\_

2)- di percepire le seguenti prestazioni e indennità di natura previdenziale e assistenziale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega:

- Copia indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sociosanitario-residenze;
- Copia documento riconoscimento del richiedente.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_