

**OGGETTO: Domanda di ammissione a beneficio contributo sociale anno 2024 per gli utenti ospiti presso le strutture socio assistenziali situate fuori ambito accreditate provvisoriamente al 31.12.2023.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail/pec \_\_\_\_\_

con la presente in qualità di (indicare con un segno di spunta):

- Diretto interessato;
- Familiare (indicare il grado di parentela): \_\_\_\_\_
- Tutore/Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
residente/domiciliato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail/pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione al contributo sociale per il periodo dal 01.01.2024 al..... per l'acquisto del servizio presso .....(indicare la struttura socio-assistenziale ospitante – accreditata provvisoriamente al 31.12.2023).

A tale proposito, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- che il destinatario del contributo sociale è stato ospite presso la struttura socio-

- assistenziali per il periodo oggetto dell'avviso pubblico;
- di aver precedentemente partecipato all'avviso pubblico relativo alla presa in carico e ammissione a retta per l'anno 2024 e di aver provveduto ad allegare tutta la documentazione, completa delle autocertificazioni richieste,
  - di rientrare tra le categorie di utenti inseriti a seguito di decreti dell'autorità giudiziaria e/o inseriti con procedure di urgenza;

Tutto ciò premesso, acclude quanto segue:

1. Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente;
2. Copia documento di identità e tessera sanitaria dell'assistito;
3. Copia nomina tutore/amministratore di sostegno;
4. Ogni altro documento utile alla valutazione dell'istanza;
5. Documentazione comprovante la spesa effettivamente sostenuta ed il relativo pagamento, per l'intero periodo oggetto del presente avviso, suddivisa per mese di riferimento.

Il/La Sottoscritto/a si rende disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto ed autorizza sin d'ora l'ATS a procedere alla liquidazione del contributo sociale eventualmente spettante direttamente alla struttura ospitante.

Il/La Sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.LGS n. 196/2023 e ss.mm.ii. esclusivamente per finalità connesse all'espletamento del procedimento.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**