

n. protocollo

COMUNE DI ROMA**Dipartimento V****U.O. Terza età - Case di Riposo**

Viale Manzoni, 16

00185 ROMA

Ufficio Ammissioni Case di Riposo Comunali

tel. 06/67105219

_____ li _____

Il sottoscritto _____ nato a _____
 prov. di _____ il _____ domiciliato in _____
 prov. di _____ via o piazza _____ n. _____ (o presso)
 _____ CAP _____ tel. n. _____ titolare della pensione INPS
 (o ENPALS, INPDAI, INPGI, ENASARCO) libretto n. _____ cat. _____ di € _____
 mensili, chiede di ottenere l'ammissione vitalizia in una Casa di riposo ex ONPI di codesta amm.ne
 indicando la propria preferenza per quelle di 1) _____ 2) _____ 3) _____
 (indicare *qualsiasi* se il richiedente non ha preferenze circa la destinazione).

Sotto la sua personale responsabilità il richiedente dichiara di:

- 1) non aver riportato condanne penali, né avere procedimenti penali in corso (indicare, in caso contrario, le condanne penali riportate e i procedimenti in corso);
- 2) serbare buona condotta morale e civile
- 3) fruire dei seguenti redditi, oltre la pensione suindicata:
 - a) Altre pensioni:

Ente erogatore	n. di libretto	categoria	Importo mensile

b) Altri redditi (immobiliari, mobiliari, rendite vitalizie, etc.)

Fonte del reddito	Importo mensile

4) di avere svolto, prima del pensionamento, la seguente attività:

a) altre eventuali notizie: _____

5) che la situazione familiare è la seguente (indicare se celibe, nubile, coniugato/a, vedovo/a o divorziato/a): _____

a) vive in comunità (casa di riposo, ecc.)? _____ quale? _____

b) vive in appartamento proprio o in affitto? _____ è sottoposto a procedura di sfratto? _____

c) vive solo, con parenti o con altre persone? _____

d) ha familiari a suo carico? _____ quali sono? _____

Se vive con parenti, indicare nel seguente prospetto l'esatta composizione del nucleo familiare con il quale convive:

N.	Cognome e nome	Età	Relazione di parentela con il pensionato	Professione

e) ha genitori, figli, fratelli o sorelle viventi, ma domiciliati in altro alloggio o in altra città? _____

In caso affermativo, fornire per ciascuno di essi, le seguenti informazioni:

N.	Cognome e nome	Età	Stato civile	Relazione di parentela con il pensionato	professione	Indirizzo:città, via, numero

- f) è separato dal coniuge? (in caso affermativo indicare se la separazione è legale, consensuale o di fatto e se il coniuge versi mensilmente gli assegni per il sostentamento e l'importo degli stessi) _____

Nota: nel caso di coniugi di cui uno solo aspiri all'ammissione, è necessario l'assenso scritto del coniuge non richiedente, salvo che non sia intervenuta la sentenza di separazione. Non si tiene conto, a tal fine, della separazione di fatto.

Il sottoscritto è a conoscenza che, qualora la presente dichiarazione risultasse falsa o inesatta, perderebbe in qualsiasi momento il diritto ad ottenere o a conservare il beneficio richiesto.

In caso di ammissione, il sottoscritto si impegna:

- 1) a denunciare alla direzione della Casa di Riposo ogni variazione dei propri redditi che dovesse verificarsi dopo l'ammissione, entro e non oltre 30 giorni dall'avvenuta variazione;
- 2) a presentarsi alla Casa di Riposo fornito di adeguato corredo personale;
- 3) a versare alla Casa di Riposo, per l'intero periodo di permanenza, un contributo mensile in proporzione al reddito complessivo di cui fruisce e nella misura percentuale stabilita dall'Amministrazione;
- 4) a sottoporsi ad una visita medica di controllo da parte del sanitario, l'esito della quale deve considerarsi insindacabile;
- 5) ad osservare le norme regolamentari in vigore presso la comunità.

Data

(firma).....

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Certificato di sana costituzione fisica e di autosufficienza (*modello 7A*) del medico personale.
- Autocertificazione di altre eventuali pensioni percepite oltre quella dell'Inps.
- Autocertificazione relativa all'anno in corso e al reddito annuo netto complessivo percepito nell'anno precedente a quello della presentazione della domanda (*dati ricavabili dal cedolino di riscossione della pensione e dal modello 201*).
- Autocertificazione relativa al provvedimento giudiziario di sfratto.

I certificati debbono essere di data non inferiore a tre mesi dal giorno della presentazione della domanda e in carta semplice per uso assistenza. Ulteriori informazioni possono essere richieste al n. di telefono: 06/67105219 o direttamente al Dipartimento V in viale Manzoni, 16, Ufficio Ammissioni alle case di riposo comunali, il lunedì e mercoledì dalle ore 10.00 alle ore 13.00, il giovedì dalle ore 10.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

(*IMPORTANTE: si prega di comunicare tempestivamente ogni variazione di indirizzo e di telefono ai fini di corrette comunicazioni da parte dell'ufficio ammissioni*).

ELENCO DELLE CASE DI RIPOSO ATTUALMENTE IN FUNZIONE NEL COMUNE DI ROMA

- 1) *Roma I – via Rocco Santoliquido, 88 (La Storta).*
- 2) *Roma II – via Casalboccone, 122 (Monte Sacro alto).*
- 3) *Roma III – via G. Ventura, 60 (Pineta Sacchetti).*
- 4) *Bruno Buozzi – via Torre Spaccata, 157 (Torre Spaccata).*

Informazioni relative alla riservatezza dei dati (l. 31/12/96, n. 675 e successive modificazioni)

I dati e le notizie personali contenuti nella domanda sono raccolti ai soli fini di consentire la predisposizione della graduatoria per l'ammissione nelle Case di Riposo del Comune di Roma. I dati sono trattati dall'ufficio ricevente (III U.O. Terza Età - Case di Riposo), secondo modalità che ne garantiscono la riservatezza. La trasmissione dei dati ad altri soggetti pubblici o privati viene effettuata limitatamente agli adempimenti di legge e secondo quanto previsto dai regolamenti interni.

Consenso informato

Con il presente consenso autorizzo l'Ufficio Ammissioni Case di Riposo a trattare i miei dati personali, compresi quelli riguardanti lo stato di salute risultante dalla certificazione medica allegata alla presente domanda.

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/00)

AI FINI DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE NELLE CASE DI RIPOSO DEL COMUNE DI ROMA

La/il sottoscritta/o
 nata/o a(.....) il e residente a
 (.....) in via CAP
 codice fiscale consapevole delle responsabilità e delle
 sanzioni penali stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445 del
 28/12/00), ai fini della presentazione della domanda di ammissione nelle Case di Riposo del
 Comune di Roma,

DICHIARA

- di essere titolare della pensione..... Categoria.....n° iscrizione.....
 per un importo netto mensile di €
- di fruire, oltre alla predetta pensione, di altro trattamento pensionistico da parte di
 n° iscrizione per un importo netto mensile
 di €
- di fruire dei seguenti eventuali redditi:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
- di aver percepito nell'anno 2001, un reddito annuo netto complessivo di €

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00.

Data

Firma

CERTIFICATO MEDICO

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al... pensionat.. Sig.
....., nat... a
il Residente a Prov.

ANAMNESI

A. FAMILIARE E FISIOLÓGICA:

.....
.....

B. PATOLOGIA REMOTA:

.....
.....
.....
.....

C. PATOLOGIA PROSSIMA:

.....
.....
.....

ESAME OBIETTIVO

Condizioni generali: cute; tessuto linfoghiandolare; tess. adiposo; muscoli; ossa; articolazioni.

Altezza : Peso:

Apparato respiratorio: _____

Pressione arteriosa:

Apparato circolatorio: _____

Apparato digerente: _____

Apparato urogenitale: _____

Sistema nervoso; sistema endocrino; organi di senso; psiche: _____

DIAGNOSI

DICHIARAZIONE DI AUTOSUFFICIENZA AI FINI DI AMMISSIONE IN CASA DI RIPOSO

Dichiaro che ..l.. pensionat....(1)

1) è autosufficiente e in buone condizioni fisico-psichiche

2) non è autosufficiente e ha bisogno di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose

(1) Barrare con una crocetta la parte che interessa

In fede, _____, il200..

IL SANITARIO (firma leggibile)

Dr. _____

Via _____