Al Signor Sindaco/Presidente Residenza Protetta
del Comune di _____

Alla Segreteria delle Cure Domiciliari
Distretto di Camerino
Via del Glorioso, 8
62027 – SAN SEVERINO MARCHE

__L__ sottoscritt__ _____ nat__ a
_____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ telefono _____ mail

in qualità di:

- Persona richiedente l'ingresso in struttura residenziale
- Familiare del richiedente (grado di parentela _____)
- Altro (specificare _____)

***PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO IN CASA DI RIPOSO-RESIDENZA
PROTETTA ANZIANI – RESIDENZA PROTETTA DEMENZA***

1. Presso la struttura di _____
2. Presso una qualsiasi struttura convenzionata del distretto di Camerino

per il Sig./la Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ telefono _____

Distinti saluti.

_____, li _____

Firma

Allegati:

- Domanda di attivazione al sistema delle cure domiciliari redatta dal MMG;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la situazione socio-economica della persona richiedente l'ingresso in struttura;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare della persona richiedente;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.

La domanda può essere inviata per mail all'indirizzo cotssm.ast.mc@sanita.marche.it; successivamente verrà effettuata la valutazione domiciliare dall'UVM ai sensi della L. 234/2021, comma 163.