



REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



ULSS6  
EUGANEA

AZIENDA ULSS N. 6 - DISTRETTO S.S. \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

# Impegnativa di Cura Domiciliare

MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE  
PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI - DGR 1338 DEL 30.07.2013

Al Direttore del Distretto Socio-Sanitario \_\_\_\_\_ dell'Azienda ULSS n. 6

oppure

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email (facoltativo) \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ persona direttamente interessata

☐ legale rappresentante (☐ tutore, ☐ curatore, ☐ amministratore di sostegno ai sensi della Legge 6/2004);

☐ familiare (☐ convivente, ☐ non convivente) (grado di parentela: \_\_\_\_\_)

☐ persona (☐ convivente, ☐ non convivente) di cui il servizio sociale ha accertato che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

## 1. Presenta domanda di Impegnativa di Cura Domiciliare a favore di:

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Medico di Medicina Generale, dr. \_\_\_\_\_**

**2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:**

- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare di **basso bisogno assistenziale (ICDb)**
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDm)**
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDmgs)**
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare per i **servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)**
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)**
- ☐ Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità fisica e motoria (ICDf)**

**3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
  - a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
  - b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- 5) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale), come previsto dalla vigente normativa nazionale;
- 6) di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;
- 7) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;
- 8) che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### 4. Delega alla riscossione:

Il sottoscritto, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare, qualora erogata in forma di contributo economico, venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato:

- ☐ al beneficiario (persona non autosufficiente per la quale è presentata la domanda)
- ☐ al legale rappresentante/persona di riferimento (come sopra specificato)

ed identificato dal seguente codice IBAN:

### 5. Collaborazione per l'aggiornamento:

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) il periodo di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- c) il decesso;
- d) le variazioni rilevanti e stabili del livello di autonomia e del livello delle prestazioni offerte alla persona non autosufficiente (queste variazioni saranno verificate dal Servizio Sociale);
- e) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- f) il cambiamento della persona di riferimento;
- g) le variazioni del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.

**6. Controllo della qualità assistenziale (ICDb – ICDm – ICDmgs – ICDA):**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che saranno attivate, con cadenza almeno trimestrale, forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'ICD, attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI, qualora la persona non autosufficiente sia presa in carico, ovvero effettuati dall'assistente sociale, su disposizione del Comune o dall'ente delegato negli altri casi (riferiti solo all'ICDb).

L'operatore domiciliare o l'assistente sociale sono incaricati di osservare la situazione familiare, di formulare domande e di accedere ai luoghi dove vengono accudite le persone (es. camera da letto, bagno), tenuti i farmaci e dove vengono conservati i cibi e gli alimenti (frigo, dispensa). La valutazione dell'adeguatezza è soggettiva e deve essere utilizzata solo per eventuale innesco di rivalutazione dei bisogni e del piano assistenziale della persona (es. UVMD) da concordarsi con il case manager (assistente sociale, medico di medicina generale, responsabile cure primarie del distretto).

Per il controllo verrà utilizzata la seguente check-list di valutazione, i cui contenuti sono portati a conoscenza del richiedente, unitamente all'informazione che le check-list, una volta compilate, verranno inserite nel fascicolo personale dell'utente, presso il Comune (o l'Ente delegato) o il Distretto socio sanitario dell'ULSS di residenza o domicilio.

**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA  
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)**

| Attività                                                       | Controllo<br>effettuato                                  | Adeguatezza                                              | Note o commenti |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|
| 01.Pulizia e igiene della persona                              | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 02.Situazione vestiario e calzature                            | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 03.Presidi per la mobilità della persona / ausili              | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 04.Convivenza con altre persone                                | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 05.Situazione nutrizionale della persona                       | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco              | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 08.Sorveglianza sull'incolumità della persona                  | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 09.Evidenza di preparazione pasti caldi*                       | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 10.Disponibilità cibo in casa*                                 | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 11.Convivenza con animali domestici*                           | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*           | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 13.Pulizia della casa*                                         | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 14.Riordino della casa*                                        | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 15.Riscaldamento (inverno)*                                    | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 16.Condizionamento (estate)*                                   | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*        | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 18.Sicurezza ambientale (altri rischi)*                        | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*                 | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*           | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |
| 21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*           | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no |                 |

\* Facoltativo per ICDA e ICDp

In fede,

Luogo, \_\_\_\_\_

Data |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

☐ Allegata copia del documento di identità.

☐ Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: ☐Carta di identità, ☐Patente di guida, ☐Altro (\_\_\_\_\_)

Numero: \_\_\_\_\_

Rilasciato il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| da \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione del Veneto, del suo Comune di residenza (o dell'Ente da questi delegato) e della Azienda ULSS a cui fa capo il Comune.

### 1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impegnativa di Cura Domiciliare (di seguito ICD), della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio sociale del Comune o dell'Azienda ULSS, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

### 2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale (per le ICDb) o dalle UVMD distrettuali per le altre tipologie di ICD, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR 1338/2013, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle ICD. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- b) Finalità funzionali alla gestione dell'ICD e degli adempimenti che da esso dipendono.
- c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
- d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alla programmazione regionale per la non autosufficienza.

### 3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

### 4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di vigilanza e controllo.

### 5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di fare aggiornare, integrare, rettificare tali dati nei limiti in cui tali dati non abbiano concorso alla erogazione dell'Assegno di cura in base a sue autocertificazioni dei dati stessi.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda (Comune o ente delegato, per l'ICDb, Azienda ULSS per le altre tipologie di ICD)

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'ICD nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.

In fede,

Luogo, \_\_\_\_\_

Data |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)



AZIENDA ULSS N. \_\_\_\_ - COMUNE DI \_\_\_\_\_

## Scheda SVaMA semplificata

MODELLO APPROVATO CON DGR 1338/2013 PER LA VALUTAZIONE AI FINI DELL'ICD<sub>b</sub>

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

**PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**  
(da compilare a cura del medico curante)

|                                                 | Descrizione della patologia | Codice ICPC <sup>1</sup> |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Prima patologia                                 |                             | ____                     |
| Eventuale patologia concomitante                |                             | ____                     |
| Eventuale 2 <sup>a</sup> patologia concomitante |                             | ____                     |

OBIETTIVI, NOTE \_\_\_\_\_

**ELEMENTI DI VALUTAZIONE**TOTALE PUNTEGGIO \_\_\_\_<sup>2</sup>

|                                    | Valutazione e punteggio                      |                                                   |                                                     |
|------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Situazione Cognitiva               | <input type="checkbox"/> 1 Lucido            | <input type="checkbox"/> 2 Confuso                | <input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso |
| Problemi comportamentali           | <input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi     | <input type="checkbox"/> 2 Moderati               | <input type="checkbox"/> 3 Gravi                    |
| Situazione Funzionale              | <input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi  | <input type="checkbox"/> 2 Dipendente             | <input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente    |
| Barthel Mobilità                   | <input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo | <input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito    | <input type="checkbox"/> 3 Non si sposta            |
| Supporto rete sociale <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> 1 Non assistito     | <input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito | <input type="checkbox"/> 3 Ben assistito            |
| Necessità assistenza sanitaria     | <input type="checkbox"/> 1 Bassa             | <input type="checkbox"/> 2 Intermedia             | <input type="checkbox"/> 3 Elevata                  |

Il MMG

L'assistente sociale

(timbro e firma)

(timbro e firma)

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup> La tabella codici ICPC è riportata nella scheda SVaMA approvata con l'Allegato B della DGR 2961/2012<sup>2</sup> Sommare i punteggi di tutte le aree<sup>3</sup> La scala di valutazione è invertita rispetto alla SVaMA



ULSS 6

Regione del Veneto  
**AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA**

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it  
 Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 5**  
 U.O.C. Servizi Integrati alla Persona  
 U.O.S. Disabilità e Non Autosufficienza

Prot. **0094811**

**ESTE - MONSELICE, 26.05.2017**

Tit. \_ /Clas. \_ /Fasc. \_ /Anno 2017 \_

Alle/Agli Assistenti Sociali  
 Dei Comuni  
 Distretto 5  
 Azienda ULSS 6 Euganea

E p.c. Direttore UOC  
 Servizi Integrati alla Persona  
 Dr.ssa Marta Rappo

Assistente Sociale  
 Disabilità e Non Autosufficienza  
 Dr.ssa Giusy Cino

**Oggetto: Comunicazioni inerenti l'impegnativa di cura domiciliare. ICD(m)**

Relativamente alla richiesta di ICDm per poter procedere alla valutazione in UVMD, risulta necessario integrare la documentazione come segue:

- certificato di visita specialistica neurologica e/o geriatrica, rilasciata dal Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze di riferimento per la persona, da cui risulta che il richiedente è affetto da demenza di tipo "Alzheimer o altra demenza" accompagnata da gravi disturbi del comportamento, questi ultimi dovranno essere valutati mediante somministrazione dello strumento NPI (Neuropsychiatric Inventory) come previsto dalla DGR 1338/2013

Si precisa che il punteggio ottenuto al Test NPI, come prevede la normativa, determina l'accesso o meno alla graduatoria per il riconoscimento dei benefici previsti per l'ICDm e verrà ratificato dall'UVMD che sarà convocata al termine dell'istruttoria.

Pertanto si chiede che i colleghi Assistenti Sociali non inseriscano nessuna domanda di ICDm in Prometeo finché non hanno acquisito tale documentazione.

Ringraziando per la consueta collaborazione si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti

UOS Disabilità e Non Autosufficienza  
 Dr. Francesco Viero

Responsabile del Procedimento: Dr. Francesco Viero  
 Segretaria UOS DisNA Sig.ra Beatrice Benacchio

049.8741116 Fax 049.8741117 e-mail: disna@aulss6.veneto.it

Copione di Monselice

Spettabile  
Comune di Monselice  
Settore Servizi Sociali  
35043 Monselice

Oggetto: **Liberatoria per l'accredito del contributo Impegnativa di Cura Domiciliare**

Avvalendomi di quanto previsto dal DPR 28 dicembre 2000, n. 445 in materia di autocertificazione e a conoscenza delle sanzioni civili e penali per dichiarazioni mendaci

io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente in Via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ ( )  
COD. FISC. \_\_\_\_\_  
quale familiare di riferimento ,

**DICHIARO**

- Di essere unico/a erede
- Che gli eredi legittimi sono le persone sottoelencate:

| N. | Cognome e nome erede | Codice Fiscale | Firma |
|----|----------------------|----------------|-------|
|    |                      |                |       |
|    |                      |                |       |
|    |                      |                |       |
|    |                      |                |       |
|    |                      |                |       |

Allego fotocopia dei documenti di identità in corso di validità mio e degli altri eredi cofirmatari.

Gli eredi legittimi, apponendo la loro firma a fianco del loro nome, delegano lo/a scrivente a seguire tutte le fasi relative alla richiesta di Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) e alla riscossione del contributo in caso di decesso del beneficiario.

Con la presente i sottoscritti si impegnano a tenere indenne l'Amministrazione da controversie, in merito al contributo riscosso, che dovessero sorgere fra gli eredi, riconoscendo all'Amministrazione il diritto di rivalsa per i danni e oneri da essa patiti come conseguenza della lite.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione è resa

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_