



AZIENDA OSPEDALIERA  
UNIVERSITARIA INTEGRATA  
VERONA

Prot. N° \_\_\_\_\_

**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE  
PER LA SALUTE MENTALE**

**SCHEDA DI:**

- ATTIVAZIONE INTERVENTO**  
 **VARIAZIONE INTERVENTO**  
 **CESSAZIONE INTERVENTO**



ULSS 20 VERONA

° **Servizio di  
Psichiatria**

⇒ Segreteria per la Programmazione e il Coordinamento Operativo del D.I.S.M

⇒ Cooperativa/Struttura \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Sesso M.  F.

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_ N° Telefono \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_  
Indirizzo N° civico CAP Città Prov.

Eventuale domicilio \_\_\_\_\_  
Indirizzo N° civico CAP Città Prov.

Distretto Sanitario N° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria N° \_\_\_\_\_

N° Registro \_\_\_\_\_

Attivazione di:

Assistenza domiciliare Cooperativa convenzionata \_\_\_\_\_  
ore settimanali \_\_\_\_\_ uso auto per Km/mese \_\_\_\_\_

Inserimento diurno Struttura individuata \_\_\_\_\_  
Giorni e orario presenza concordati \_\_\_\_\_

Inserimento residenziale Struttura individuata \_\_\_\_\_  
Si allega:  Autocertificazione anagrafica  
 Autocertificazione dei redditi  
 Impegno di compartecipazione e quota esente

Fondo ordinario - Progetto individualizzato  Budget Servizio  
 Multiproblematico

Si attesta la copertura di spesa: Referente Budget del Servizio \_\_\_\_\_  
Referente Amm.tivo DSM \_\_\_\_\_

Data inizio/variaz. intervento \_\_\_\_\_ Data cessazione intervento \_\_\_\_\_

Referente del Progetto \_\_\_\_\_

Verona, \_\_\_\_\_ IL DIRETTORE \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Dpr n. 455 del 28.12.2000 - art. 46)

La /IL sottoscritt@ \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi contenenti atti non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445; e consapevole che ogni modificazione a quanto sotto dichiarato dovrà prontamente essere comunicato agli Uffici preposti per non incorrere alle sanzioni previste dalla legge

**DICHIARA**

- Di essere nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- Di essere residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Di essere domiciliata/o a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Di essere cittadina/o  italiana/o (oppure)  \_\_\_\_\_
- Di godere dei diritti politici
- Di essere di stato civile \_\_\_\_\_
- Di essere coniugata/o con \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Di essere vedova/o di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Che lo stato di famiglia è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

\_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserita/o presso la struttura		
con sede		
gestita da:		
importo retta giornaliera:	€. €. per eventuale assenza da motivare: _____ _____	N.B. Solo per le strutture esterne <u>non</u> <u>convenzionate</u> (es.: case di riposo)
condivisa con:		Per quota: €

## DICHIARA DI GODERE DEI SEGUENTI REDDITI MENSILI

REDDITI	EURO
Pensioni erogate dal Ministero del Tesoro	
Pensioni ed assegni erogati dall'I.N.P.S.	
Cat.	
Cat.	
Cat.	
Trattamenti economici di guerra	
Pensioni erogate da Stati Esteri	
Indennità di accompagnamento invalidi civili	
Indennità di accompagnamento ciechi assoluti	
Indennità di comunicazione	
Lavoro autonomo o dipendente	
Sussidi corrisposti dallo Stato o da altri Enti	
Rendita erogata dall'INAIL	
Redditi soggetti a tassazione separata (conguagli/liquidazioni)	
Redditi da Fabbricati e/o Terreni	
Altri redditi	
<b>Per Totali</b>	

Inoltre prende visione di quanto disposto dal “*VIGENTE REGOLAMENTO QUOTE DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI*” e

### SI IMPEGNA

ad assumere a proprio carico la quota di compartecipazione dovuta per il servizio fruito presso la struttura sopra menzionata e quantificato in Euro \_\_\_\_\_ al mese mantenendo la quota a disposizione per spese personali Euro \_\_\_\_\_ al mese.

Firma .....  
(Utente/Tutore/Curatore)

Firma .....  
(Amministratore di sostegno)

Con la presente sottoscrizione, esprime il proprio consenso previsto dagli articoli **11** e **20** della **Legge 675/96** e successive modificazioni al trattamento dei dati personali.

Firma .....  
(Utente/Tutore/Curatore)  
Verona, \_\_\_\_\_

Firma .....  
(Amministratore di sostegno)

**Parte riservata alla Struttura / Cooperativa**

**Firma e timbro per accettazione e condivisione  
del progetto proposto**

---

---

**Spazio per eventuali commenti / proposte:**


**Luogo e data:**

---

**La presente dichiarazione viene redatta dalla/dal:**

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
Nata/o a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

**Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno della/del:**

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
Nata/o a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Firma .....

Con la presente sottoscrizione, esprimo il mio consenso previsto dagli articoli **11** e **20** della **Legge 675/96** e successive modificazioni al trattamento dei dati personali.

Firma .....

Verona, \_\_\_\_\_