



**Ansuchen um Aufnahme
ins Tagespflegeheim Demenz /
Tagesbetreuung Memory in Bruneck**

Ersatzerklärungen für die Bescheinigungen im Sinne des
Art. 46 D.P.R. 445/2000

Der/die Unterfertigte	
Ehename	
geboren am	
in	
wohnhaft in	
Straße und Nr.	
Steuer Nr.	
Tel.:	

ersucht

um Aufnahme in Tagesbetreuung Memory

	für sich selbst
	als Familienangehörige/r von:
	als gesetzlicher Vertreter von:
	als Dienst/Einrichtung _____ für:

Frau/Herrn	
Ehename	
geboren am	
in	
wohnhaft in	
Straße, Nr.	
Steuer Nr.	

Hausarzt:

Frau/Herr	
Praxis	
Tel:	
E-Mail:	

Aufnahme an folgenden Tagen:

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Mit Transportdienst Bezirksgemeinschaft Pustertal

**Domanda di ammissione
nel centro d'assistenza diurna
"Demenz" / Memory a Brunico**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'
art. 46 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a	
coniugato/a	
nata/o il	
a	
residente a	
Via e n.	
cod. fiscale	
tel.:	

chiede

l'ammissione nel centro d'assistenza diurna Memory

	per sé
	in qualità di familiare di:
	in qualità di legale rappresentante di:
	come servizio/struttura _____ per:

la/il Sig/ra	
coniugato/a	
nata/o il	
a	
residente a	
Via, n.	
cod. fiscale	

Medico di base:

la/il Sig/ra	
ambulatorio	
tel:	
e-mail:	

Ammissione per i seguenti giorni:

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì
- Con servizio di trasporto CC Valle Pusteria

1. Kontaktperson

Name
Adresse
Tel / E-Mail
Bezug zum Nutzer

2. Kontaktperson

Name
Adresse
Tel / E-Mail
Bezug zum Nutzer

Der/die Unterfertigte erklärt, laut Art. 5 des L.G. Nr. 17/93, in geltender Fassung, Folgendes über die *Pflegeeinstufung*:

kein Verfahren in Bezug auf die Pflegeeinstufung laufen zu haben

selbstständige Person

das **Begleitungsgeld** zu erhalten

im Sinne des L.G. Nr. 9/07 für pflegebedürftig erklärt worden zu sein -

Pflegestufe _____

Der/die Unterfertigte erklärt, laut Art. 5 des L.G. Nr. 17/93, in geltender Fassung, Folgendes über die *Zivilinvalidität*:

keine Invalidität

Invalidität _____ %

Der/die Unterfertigte wird jede **Änderung** betreffend Einkommen und/oder Vermögen sowie jener in Bezug auf die Pflegeeinstufung laut L.G. Nr. 9/07 bezüglich Voraussetzungen, welche für die Berechnung der Tarfbeteiligung notwendig sind, rechtzeitig mitteilen und insbesondere jene, welche die wirtschaftliche Lage und die Zusammensetzung der Familiengemeinschaft betreffen.

Der/die Unterfertigte ermächtigt diese Körperschaft bei den zuständigen Sitzen unmittelbar zu kontrollieren ob die gelieferten Daten der Wahrheit entsprechen.

Datum – data

Der/die Unterfertigte erklärt, im Sinne des Art. 76 des D.P.R. Nr. 445/2000 in geltender Fassung aufgeklärt worden und sich bewusst zu sein, dass er/sie laut Strafgesetzbuch und Sondergesetzen für alle unwahren und unvollständigen Angaben und für die Vorlage falscher Urkunden, strafrechtlich verantwortlich ist.

Ort und Datum - luogo e data

1° persona di riferimento

nome
indirizzo
tel / e-mail
correlato all'utente

2° persona di riferimento

nome
indirizzo
tel / e-mail
correlato all'utente

Il/la sottoscritto/a dichiara ai sensi dell'art. 5 della L.P. n. 17/93, e successive modifiche, quanto segue riguardante lo *stato di non autosufficienza*:

di non avere in corso alcuna richiesta per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza

persona autosufficiente

di percepire l'**assegno di accompagnamento**

di essere stato/a riconosciuto/a non autosufficiente ai sensi della L.P. n. 9/07 -

livello assistenziale _____

Il/la sottoscritto/a dichiara ai sensi dell'art. 5 della L.P. n. 17/93, e successive modifiche, quanto segue riguardante l'*invalidità civile*:

nessuna invalidità

Invalidità _____ %

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare immediatamente ogni **variazione** delle situazioni reddituali e/o patrimoniali che sono state determinanti per il calcolo della tariffa ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica, alla composizione del nucleo familiare e allo stato di non autosufficienza.

Il/la sottoscritto/a autorizza codesto Ente ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti.

Unterschrift Antragsteller - Firma richiedente

Il/la sottoscritto/a dichiara, che in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, è stato/a avvertito/a ed è consapevole della conseguente responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni false ed incomplete nonché dell'uso di atti falsi.

Unterschrift Antragsteller - firma richiedente

Aufklärung im Sinne des Datenschutzes

Verordnung EU 2016/679, in geltender Fassung

Die vom Nutzer angegebenen Daten werden, auch in digitaler Form, von der Verwaltung des Dienstes im notwendigen Ausmaß zur Erreichung der institutionellen Zwecke, und jedenfalls unter Berücksichtigung der in der Verordnung EU 2016/679 enthaltenen Vorschriften, verarbeitet. Der/die Nutzer/in hat das Recht auf personenbezogene Daten zuzugreifen, sie zu berichtigen und/oder zu löschen, ihre Verarbeitung einzuschränken oder abzulehnen, sie in anonyme Daten umzuwandeln.

Informativa sulla tutela dei dati personali

Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della normativa di cui al Regolamento UE 2016/679. Al/la utente compete il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica e/o cancellazione degli stessi, di limitazione o di opposizione al loro trattamento, di trasformazione dei dati in forma anonima.

Datum – data

Bestätigung für die erhaltene Aufklärung im Sinne der Verordnung EU 2016/679, in geltender Fassung
Firma per ricevuta informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche/integrazioni

Dem Ansuchen werden folgende Dokumente beigelegt:

- Ärztliches Zeugnis
- Kopie Bescheinigung über den Invalidität
- Kopie Pflegeeinstufung
- Kopie Identitätskarte und Gesundheitskarte

Alla domanda si allegano i seguenti documenti:

- attestato medico
- Copia attestato di invalidità
- Copia stato di non autosufficienza
- Copia carta d'identità e tessera sanitario

Dem Amt vorbehalten

Die Unterschrift der antragstellenden Person wurde im Sinne der Art. 21 und 38 des D.P.R. Nr. 445/200 in geltender Fassung in Anwesenheit des beauftragten Beamten des zuständigen Amtes angebracht.

Zum Nachweis der Identität der antragstellenden Person liegt, im Sinne der Art. 21 und 38 des D.P.R. Nr. 445/200, in geltender Fassung, die Kopie eines gültigen Ausweises bei.

digital signiert von¹

Der/die zuständige Sachbearbeiter/in

parte riservata all'ufficio

La firma del/la richiedente, ai sensi degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modifiche ed integrazioni, è stata apposta in presenza del funzionario addetto al competente ufficio.

L'autenticità della firma del/la richiedente, ai sensi degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modifiche ed integrazioni, è dimostrata dall'allegata fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

firmato digitalmente da²

L'incaricato/a

¹ Das Dokument ist digital signiert worden im Sinne des G.v.D. 82/2005 i.g.F. und verbundener Normen und ersetzt das Dokument in Papierform und die handgeschriebene Unterschrift

² Il documento è stato firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa