



*La Quiete*

*Azienda Pubblica di Servizi alla Persona*

## OSPITE SIG./SIG.RA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_

### DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- CERTIFICATO MEDICO REDATTO SU APPOSITO MODULO (V. ALLEGATO)
- SCHEDE BINA REDATTA SU APPOSITO MODULO (V. ALLEGATO)  
( da presentare solo se l'Ospite si trova in ospedale, Rsa, o altra casa di riposo e/o cura)
- PIANO TERAPEUTICO RILASCIATO DALL'AZIENDA SANITARIA COMPETENTE PER TERRITORIO (SE RICHIESTO)
- AUTORIZZAZIONE FORNITURA AUSILI AD ASSORBENZA  
(documento rilasciato dal Distretto sanitario competente per territorio)
- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
- FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA CARTACEA (con aggiornamento esenzione Ticket od altro)
- FOTOCOPIA CODICE FISCALE
- FOTOCOPIA VERBALE D'INVALIDITA' "COMMISSIONE DI PRIMA ISTANZA"  
( oppure FOTOCOPIA RICEVUTA PRESENTAZIONE DOMANDA D'INVALIDITA' )
- LIBERATORIA PROTESI DENTARIA E/O ACUSTICA REDATTA SU APPOSITO MODULO (V. ALLEGATO)
  
- MODULO B.2 "Dichiar. attestante il ricevimento dell'informativa Mod.A2"
- MODELLO ISEE DELL'OSPITE IN CORSO DI VALIDITA'
- ULTIMO CUD O DICHIARAZIONE DEI REDDITI DELL'OSPITE E DELLA PERSONA CHE SOTTOSCRIVERA' IL CONTRATTO D'ACCOGLIENZA.
- MODULO C.2 "Richiesta contributo"

Responsabile del procedimento:  
Referente per la pratica:

Via S. Agostino, 7 – 33100 UDINE  
Tel 0432/50.40.84 - 50.43.97 - 50.58.10 Fax 0432/2.64. 60  
C.F. e P.IVA 00267510303  
E-mail: [segreteria@laquieteudine.it](mailto:segreteria@laquieteudine.it) ; Sito: [www.laquieteudine.it](http://www.laquieteudine.it).



