

DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

All'Ente Gestore della RSA Fondazione Contessa Rizzini Onlus di Guidizzolo

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig./La Sig.ra _____

(Cognome e Nome)

Data di nascita ____/____/____ Et  ____ Luogo di nascita _____ Prov.(____)

Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____

Residente in _____ prov.(____)CAP _____

Via _____ n  ____ Telefono _____

e-mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____ prov.(____)CAP _____

via e n  _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE COMPILA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE E'PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ prov.(____)CAP _____

Via _____ n  ____ Telefono: _____

e-mail _____

CHIEDE

L'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR N. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

- 1 di non beneficiare/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;
- 2 di non fruire/che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete sociosanitaria;
- 3 di non avere in corso altre richieste per la misura RSA APERTA

ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente,.....):
- di essere amministratore di sostegno del beneficiario
(indicare provvedimento di nomina: _____)
- di essere tutore del beneficiario
(indicare provvedimento di nomina: _____)
- di essere curatore del beneficiario
(indicare provvedimento di nomina: _____)

Luogo e data: _____

FIRMA
