

## DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

All'Ente Gestore della RSA Fondazione Contessa Rizzini ETS 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ 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

- o Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- o Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- o Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- o Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- o 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)

- o 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):\_\_\_\_\_
- o di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente,.....):
- o di essere amministratore di sostegno del beneficiario  
(indicare provvedimento di nomina:\_\_\_\_\_)
- o di essere tutore del beneficiario  
(indicare provvedimento di nomina:\_\_\_\_\_)
- o di essere curatore del beneficiario  
(indicare provvedimento di nomina:\_\_\_\_\_)

Luogo e data:\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_