DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA

☐ **All'Ente Gestore della RSA** _____

(Denominazione struttura ed indirizzo)

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

Cognome _____ Nome _____

residente in _____ prov. (____) CAP _____

via_____n°____Telefono:_____

e-mail_____

C H I E D E

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

D I C H I A R A

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 estremi provvedimento di nomina:_____)

□ di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina_____)

□ di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina:_____)

Luogo e data: _____ **FIRMA**

_____