

## DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

ai sensi della DGR n.X/7769 del 17/01/2018

**All'Ente Gestore della RSA FONDAZIONE BEPPINA E FILIPPO MARTINOLI CASA DELLA SERENITA' - ONLUS**

(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
4. di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D. Lgs. 196/2003, nonché di aver avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno natura di dati sensibili e acconsento al trattamento dei miei dati con modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa;
5. di disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana e, di seguito, indica i relativi dati anagrafici e i recapiti:

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

cell \_\_\_\_\_ eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_  convivente  non convivente

### **ALLEG A**

- 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**

---