

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA**

**All'Ente Gestore della RSA FONDAZIONE R.S.A CASA DI RIPOSO DI SALO' "RESIDENZA GLI ULIVI"
VIA ZANE N. 10 – SALO' BS**

(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 ____/ ____/ ____ 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 FIRMA 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 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



FONDAZIONE R.S.A. CASA DI RIPOSO DI SALO' "RESIDENZA GLI ULIVI"

DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITT _____ NATO/A A _____

IL _____ E RESIDENTE A _____

IN VIA _____ IN QUALITA' DI _____

DEL/LA SIGNOR/A _____

DICHIARA

- CHE IL/LA SUDDETTO/A NON USUFRUISCE DEL SERVIZIO ADI
- CHE IL/LA SUDDETTO/A USUFRUISCE DEL SERVIZIO ADI PER I SOLI PRELIEVI/CATETERISMO

DATA _____

FIRMA _____



