

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA  
RSA APERTA**

**All'Ente Gestore della RSA FONDAZIONE CITTA' DI SALO'**

**VIA F. 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**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 CITTÀ DI SALÒ

---

### DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

IN VIA \_\_\_\_\_ IN QUALITÀ DI \_\_\_\_\_

DEL/LA SIGNOR/A \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- CHE IL/LA SUDDETTO/A NON USUFRUSCE DEL SERVIZIO C-DOM (ex ADI)
- CHE IL/LA SUDDETTO/A USUFRUISCE DEL SERVIZIO C-DOM PER I SOLO PRELIEVI/CATETERISMO/INFUSIONI O MEDICAZIONI
- CHE IL SUDDETTO/A NON HA FATTO DOMANDA O ATTIVE LE MISURE B1 E B2 O ALTRI VOUCHER REGIONALI/STATALI INCOMPATIBILI PER LEGGE
- DI NON AVER ATTIVO IL SERVIZIO RSA APERTA/MISURA 4 CON ALTRO ENTE PATTANTE

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

---

011 DOC COM REV 005

Via F. Zane 10 25087 Salò (Brescia) Tel. 0365.40764 – 42590  
Sito internet [www.rsasalo.it](http://www.rsasalo.it) email [amministrativo@casadiriposalò.it](mailto:amministrativo@casadiriposalò.it)  
P.IVA 00726460983 CF. 87000750171



