	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		<b>M 07.15</b>
	Rev.00	DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

**All'Ente Gestore della RSA: FONDAZIONE O.N.L.U.S. NINJ BECCAGUTTI**

**DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA**

Il Sig/La Sig.ra \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_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: \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

R E S I D E N Z A   S A N I T A R I O – A S S I S T E N Z I A L E  
 C E N T R O   D I U R N O   I N T E G R A T O

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		<b>M 07.15</b>
	Rev.00	DOMANDA DI ACCESSO ALLA 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**

R E S I D E N Z A   S A N I T A R I O – A S S I S T E N Z I A L E  
C E N T R O   D I U R N O   I N T E G R A T O