

SG	0

SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO

M 07.15

Rev.00

DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

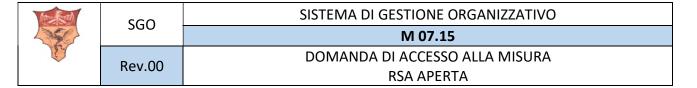
All'Ente Gestore della RSA: FONDAZIONE O.N.L.U.S. NINJ BECCAGUTTI

DATI RIFERITI ALLA PERSONA	A PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI IN	ITERVENTI DELLA MISURA
II Sig/La Sig.ra		
Data di nascita//	Età Luogo di nascita	prov.()
Codice Fiscale:	Tessera Sanito	aria
residente in	prov	v. () CAP
via	n°Telefono:	
e-mail		
Compilare solo qualora il do	micilio non coincida con la residenza	a
Comune di domicilio	pr	ov. () CAP
via	n°	
DATI RIFER	RITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DON	MANDA
(COMPILARE SOLO	SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIED	ENTE LA MISURA)
Cognome	Nome	
residente in	prov	v. () CAP
via	n°Telefono:	
email		

CHIEDE

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

RESIDENZA SANITARIO - ASSISTENZIALE CENTRO DIURNO INTEGRATO



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)
undi 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

RESIDENZA SANITARIO — ASSISTENZIALE CENTRO DIURNO INTEGRATO