



CASA OSPITALE
DON PIETRO ARESI
ENTE DEL TERZO SETTORE
ETS

RSA Aperta

DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

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

All'Ente Gestore della Fondazione

Casa Ospitale Don Pietro Aresi ETS

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 _____

Codice fiscale _____ Residente
a _____

Via/p.zza _____ N. _____ prov. (____)
CAP _____

Tel. _____ e-
mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____ Prov. (____) CAP _____

Via/p.zza _____ n. _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA

Compilare solo se è persona diversa dal richiedente la misura

Cognome e
Nome _____

Residente
a _____

Via/p.zza _____ N. _____ prov.(____)
CAP _____
Tel _____ 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 di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili. Qualora fossero attivi servizi incompatibili dichiaro di rinunciarmi al momento dell'attivazione di RSA APERTA
2. di non fruire 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. 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 _____

Via/p.zza _____ CAP _____ Provinci
a _____

Codice fiscale _____ recapito
telefonico _____

Indirizzo e-
mail _____

Grado di parentela _____ ☐ convivente
☐ non convivente

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 d'identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento d'identità in corso di validità del Caregiver
- 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 caregiver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente)_____
- Di essere amministratore di sostegno del beneficiario (indicare estremi provvedimento di nomina):_____
- Di essere tutore beneficiario (indicare estremi provvedimento di nomina)_____
- Di essere curatore beneficiario (indicare estremi provvedimento di nomina)_____

Luogo e data:_____

Firma_____

