DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA
ai sensi della DGR n.X/7769 del 17/01/2018

All'Ente Gestore della RSA Fondazione Sant'Andrea - ETS

(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_____

C H I E D E

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

D I C H I A R A

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

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. 7 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 famigliare 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 _____

   in Via _____ CAP _____ Provincia _____

   codice fiscale _____ recapito telefonico _____

   cell _____ eventuale 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 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**

_____