



DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA R.S.A. APERTA

Spett. PIO RICOVERO INABILI AL LAVORO O.N.L.U.S. – Via Pluda n. 10 – CASTENEDOLO

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: _____

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 È PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ prov (____) CAP _____

Via _____ n° _____ telefono: _____

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 e uso di atti falsi

1. di non beneficiare/che la persona per cui 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 cui 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 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 È PERSONA DIVERSA DAL BENEFICIARIO DELLA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio, o in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare la relazione di parentela) _____;
- di essere altro care giver (indicare il legame con il richiedente: amico, conoscente, ecc...) _____;
- di essere amministratore di sostegno del beneficiario (indicare estremi del provvedimento di nomina): _____;
- di essere tutore del beneficiario (indicare estremi del provvedimento di nomina): _____;
- di essere curatore del beneficiario (indicare estremi del provvedimento di nomina): _____;

Luogo e data _____

FIRMA
