



CASA OSPITALE
DON PIETRO ARESI
ONLUS
24053 BRIGNANO GERA D'ADDA
Via Facchinetti
Tel 0363 81 41 27 Fax. 0363 38 24 00
www.casaospitalearesi.it

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 Onlus**

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: _____ 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: _____

codice fiscale _____ 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/ 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 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 _____
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 caregiver (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
