

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA  
RSA APERTA**

**All'Ente Gestore della RSA** \_\_\_\_\_  
(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**

I'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

### **ALLEG A**

- 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**