

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA  
RSA APERTA**

**All'Ente Gestore della RSA "R.S.A. PASOTTI COTTINELLI", Via Grazzine 6 25123 Brescia**

(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

### 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 e Tessera Sanitaria in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;**
- ☐ **Copia del documento di identità e Tessera Sanitaria 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**

\_\_\_\_\_