



# DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

**ISTITUTO LA PROVVIDENZA**

**Data di arrivo**

**Protocollo n.**

(da compilare a cura dell'Istituto)

## DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI

Nome	Cognome
Nato/a a	il
Residente a	Via
Provincia	CAP
Codice Fiscale	Tessera Sanitaria
Telefono	E-mail

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza:

Comune di domicilio	
Provincia	CAP
Via	n.

## DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA

(compilare solo se è diversa dal richiedente la misura)

Nome	Cognome
Residente a	Via
Provincia	CAP
Telefono	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 beneficiare di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;

**Istituto La Provvidenza**

 Via San Giovanni Bosco, 3 – 21052 Busto Arsizio (VA)

 0331 358111

 [info@laprovvidenzaonlus.it](mailto:info@laprovvidenzaonlus.it)

 [www.laprovvidenzaonlus.it](http://www.laprovvidenzaonlus.it)

C.F. 81002690121 - P. IVA 01279730129

## DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA 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.

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

4. di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta collaterale (indicare relazione di parentela): \_\_\_\_\_
5. di essere altro caregiver (indicare legame con il richiedente): \_\_\_\_\_
6. di essere amministratore di sostegno del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
7. di essere tutore del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
8. di essere curatore del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)

### 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).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR n.679/2016.

Firma \_\_\_\_\_

### COME CI HAI CONOSCIUTO?

- Passaparola
- Giornali cartacei
- Ricerca su internet
- Social media

