

All'Ente Gestore della RSA PINDARO

Via Pindaro 44, 20128 Milano (MI)

Tel. 02.2700921

E-Mail: cdr.pindaro@gruppoanteo.it

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: _____ cellulare _____

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: _____

email _____

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

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 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
