



FONDAZIONE "VARNI AGNETTI" O.N.L.U.S.

Sede: Strada Ardivestra 3/5 GODIASCO SALICE TERME (PV)

☎ 0383/940650 – 📠 0383/940969 C.F e P. IVA 01664350186

✉ info@varniagnetti.it PEC varniagnetti@pec.it

🌐 www.varniagnetti.it



DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

Alla Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S.

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 _____

CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.



FONDAZIONE "VARNI AGNETTI" O.N.L.U.S.

Sede: Strada Ardivestra 3/5 GODIASCO SALICE TERME (PV)

☎ 0383/940650 – ☎ 0383/940969 C.F e P. IVA 01664350186

✉ info@varniagnetti.it PEC varniagnetti@pec.it

🌐 www.varniagnetti.it



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