



# 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](mailto:info@varniagnetti.it) PEC [varniagnetti@pec.it](mailto:varniagnetti@pec.it)

🌐 [www.varniagnetti.it](http://www.varniagnetti.it)



## DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA "RSA APERTA"

Alla Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S.  
Via Ardivestra n. 3/5  
27052 GODIASCO SALICE TERME (PV)

### 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 \_\_\_\_\_

MMG (Medico Medicina Generale) \_\_\_\_\_

rif. telefonici o altro \_\_\_\_\_

#### **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 È 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](mailto:info@varniagnetti.it) PEC [varniagnetti@pec.it](mailto:varniagnetti@pec.it)

🌐 [www.varniagnetti.it](http://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 È 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** \_\_\_\_\_



# 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



## **CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DI PROPRI DATI PERSONALI, RELATIVI ALLA SALUTE**

*Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679*

Il sottoscritto Interessato Sig./ra \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

con la firma apposta in calce alla presente attesta:

- di aver preso visione e di accettare l'informativa contenuta nella Carta dei Servizi;
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti di propri dati resi.
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti dei dati resi per i suoi familiari.

Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali sensibili, identificativi, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE, Telemedico Servizi di Telemedicina, CBA INFORMATICA Softwarehouse, ATS PAVIA, REGIONE LOMBARDIA, TEKNE) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Acconsente, inoltre, che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e del proprio stato di salute a:

- Coloro che lo richiedono
- Indicare il nome delle persone che lo richiedono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nessuno

Godiasco Salice Terme, li \_\_\_\_\_

**L'UTENTE/PARENTE**

\_\_\_\_\_