

**DOMANDA DI ACCESSO/RINNOVO MISURA RSA APERTA**  
**Ente Gestore PII ISTITUTI UNIFICATI ETS**  
**P.zza Mons. Clerici n° 6 - 27011 – BELGIOIOSO (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 \_\_\_\_\_

**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**  
(barrare la casella corrispondente)

Per l'anno \_\_\_\_\_

- ACCESSO alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.  
 RINNOVO 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**

\_\_\_\_\_