

**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLA MISURA
RESIDENZIALITÀ ASSISTITA
ex DGR 7769/2018**

**Alla ASST di Lodi
UOC Valutazione Multidimensionale del Bisogno
Piazza Ospitale 10 – 26900 Lodi-
Email: uovccss.lodi@asst-lodi.it
Fax: 0371.372762**

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 della Misura **Residenzialità assistita**.

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 essere invalido civile 100% con indennità di accompagnamento;
2. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di ADI*

ALLEGA

- 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);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (solo se già posseduto)

(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

*eccetto ADI prestazionale (prelievi, cambio catetere, ecc.) e Cure Palliative domiciliari