DOMANDA PER L'ACCESSO ALLA MISURA
RESIDENZIALITÀ ASSISTITA
ex DGR 7769/2018 e DGR 491/2018

Alla ASST _____

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_____

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_____

C H I E D E

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione della Misura **Residenzialità assistita**.

D I C H I A R A

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 fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di ADI*
2. di non frequentare/che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non frequenti altre unità d'offerta socio sanitarie (es. CDI, CDD) residenziali e semiresidenziali

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 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**

_____

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