



CONTRATTO DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

ISTITUTO LA PROVVIDENZA

Data di arrivo

Protocollo n.

(da compilare a cura dell'Istituto)

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI

Nome	Cognome
Nato/a a	il
Residente a	Via
Provincia	CAP
Codice Fiscale	Tessera Sanitaria
Telefono	E-mail

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza:

Comune di domicilio	
Provincia	CAP
Via	n.

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA

(compilare solo se è diversa dal richiedente la misura)

Nome	Cognome
Residente a	Via
Provincia	CAP
Telefono	E-mail

CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione 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 beneficiare di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;

Istituto La Provvidenza

 Via San Giovanni Bosco, 3 – 21052 Busto Arsizio (VA)

 0331 358111

 info@laprovvidenzaonlus.it

 www.laprovvidenzaonlus.it

C.F. 81002690121 - P. IVA 01279730129

CONTRATTO DI ACCESSO ALLA MISURA 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.

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

4. di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta collaterale (indicare relazione di parentela): _____
5. di essere altro caregiver (indicare legame con il richiedente): _____
6. di essere amministratore di sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
7. di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
8. di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

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).

Luogo e data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR n.679/2016.

Firma _____

COME CI HAI CONOSCIUTO?

- ☐ Passaparola
- ☐ Giornali cartacei
- ☐ Ricerca su internet
- ☐ Social media



Istituto La Provvidenza

 Via San Giovanni Bosco, 3 – 21052 Busto Arsizio (VA)

 0331 358111

 info@laprovvidenzaonlus.it

 www.laprovvidenzaonlus.it

C.F. 81002690121 - P. IVA 01279730129