DOMANDA DI ACCESSO
ALLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE A PAGAMENTO AI SENSI DELLA DGR XI/125 DEL 14.05.2018
AD INTEGRAZIONE DELLA MISURA DI RSA APERTA,

All'Ente Gestore della RSA AZIENDA SPECIALE DI SERVIZI DI CASALPUSTERLENGO
- VIA FLEMING, 2 -26841 CASALPUSTERLENGO LODI-

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI

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)

Cognome _____ Nome _____

residente in _____ prov. (____) CAP _____

via_____n°____Telefono:_____

e-mail_____

DOMANDA DI ACCESSO
ALLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE A PAGAMENTO AI SENSI DELLA DGR XI/125 DEL 14.05.2018
AD INTEGRAZIONE DELLA MISURA DI RSA APERTA,

C H I E D E

di poter beneficiare delle prestazioni sociosanitarie, ad integrazione della misura di Rsa Aperta come previsto dalla **Dgr. 125 del 14.5.2018.**

Quali (*indicare tipologia di prestazioni e frequenza*):

_____

_____

_____

_____

Per il seguente periodo:
dal_____

al_____

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 fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di tali prestazioni con i Servizi Comunali, ritenuti incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione;

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE)

□ 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 caregiver (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**

_____