

**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 ____/ ____/ ____ Et  ____ 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,**

CHIEDE

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
