

<b>MSC.SMM.RSAap.01</b> Rev.0 16/12/2024	<b>Servizio RSA          APERTA</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte – Malnate (VA)</b>	
Pag. 1 di 2		<b>DOMANDA di ACCESSO alla MISURA RSA APERTA</b>	

**All'Ente Gestore della RSA "S. Maria al Monte" Via Nizza, 6 - 21046 Malnate (VA)**

**DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA RSA aperta**

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 è 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 degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.

<b>MSC.SMM.RSAap.01</b> Rev.0 16/12/2024	<b>Servizio RSA</b> <b>APERTA</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte – Malnate (VA)</b>	
Pag. 2 di 2		<b>DOMANDA di ACCESSO alla MISURA RSA APERTA</b>	

## 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 beneficiare/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di 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.

### 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);

*(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, ecc.): \_\_\_\_\_
- 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**

\_\_\_\_\_