



ASST DI _____

DOMANDA DI VALUTAZIONE

**PER L'ACCESSO ALLA MISURA DELLA RESIDENZIALITA' ASSISTITA E PER RELIGIOSI
DGR 7769/2018 e DGR 4086/2015 e s.m.i.**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____ C.F. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di :

DIRETTO INTERESSATO

ovvero di

FAMILIARE: Grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ (data) _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ (data) _____

AMMINISTRATORE SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ (data) _____

del sig. Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____ C.F. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Medico di Medicina Generale _____

Persona da contattare (nominativo, grado di parentela, telefono) _____

CHIEDE

L'accesso alla valutazione multidimensionale prevista per la fruizione degli interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili (DGR 7769/2018 e DGR 4086/2015 e s.m.i.) della:

Misura – residenzialità assistita

Misura – residenzialità assistita per religiosi

DICHIARA

Di usufruire di altre misure e/o interventi regionali e/o di altri servizi/unità d'offerta della rete socio sanitaria quali:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) SI NO

- Servizio Assistenza Domiciliare Comunale (SAD) SI NO

CDI CSS RSA RSD ALTRO _____

ALLEGA

- Copia documento di identità dell'interessato, in corso di validità .
- Copia documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura).
- Copia documentazione sanitaria e socio sanitaria recente attestante le condizioni clinico funzionali.
- Copia Verbale invalidità civile (se già in possesso) .

Nel caso la domanda venga presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore , allegare la copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale.

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che l'ASST, ai sensi dell'art.71 del d.p.r. 28/12/2000 n.445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art.75 del sopra citato D.P.R. n.445/2000.

Data ___/___/___

Firma _____