

**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLA MISURA
RESIDENZIALITÀ ASSISTITA PER RELIGIOSI
DGR 4086/2015**

Alla ASST _____

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

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 _____

C H I E D E

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione della Misura **Residenzialità assistita per religiosi**.

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

✓ di non fruire di altre forme di assistenza sociosanitaria o di ADI

ALLEGA

- ☐ 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);
- ☐ Copia del verbale di Invalidità Civile (solo se già posseduto)

(COMPILARE SOLO SE È PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- ☐ parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela):

- ☐ di essere altro caregiver (indicare legame con il richiedente: confratello/consorella, ...):

- ☐ 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
