

Residenza Alla Pace Via Roncada, 7 46020 Borgofranco sul Po (MN) tel 038641454 fax 038641455 amministrazione@residenzallapace.it	Residenza Alla Pace	 2018	
	<b>DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA  RSA APERTA</b>		

**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 E' 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**.

## 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 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 E' 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, ...): \_\_\_\_\_
- 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**

\_\_\_\_\_



**SERVIZIO RSA APERTA 2018**  
**MODULO RECLAMI**

*Gentile Utente o suoi Familiari La ringraziamo per la collaborazione che mostrerà nel compilare il modulo allegato .*

*Le informazioni che vorrà fornirci serviranno a migliorare il nostro servizio individuando le eventuali manchevolezze .*

*Potrà consegnare il modulo allegato al nostro personale o farlo pervenire alla R.S.A. alla pace in qualsiasi modo Lei ritenga .( posta , consegna a mano , posta elettronica )*

*. Si rammenta che eventuali atti a rilevanza civile e penale, devono essere oggetto di denuncia all'autorità competente.*

*La preghiamo di fornirci tutte le informazioni necessarie a risolvere il problema da Lei segnalato nel più breve tempo possibile.*

*Se lascerà il Suo recapito sarà nostra cura contattarla entro 20 giorni dalla data di consegna del modulo per fornirLe una risposta.*

*Qualora, ricevuta la risposta, non fosse soddisfatta dell'esito, in base alla Legge Regionale 48/88, Ella potrà rivolgersi al Difensore Civico Regionale.*

*Utilizzi questo modulo anche per farci pervenire i suoi suggerimenti su come migliorare il servizio o per esprimere il suo gradimento*

*Grazie per la Sua collaborazione.*

Il Dirigente



Sono Stato soddisfatto del servizio

Reclamo / segnalazione ( esponga con la maggior chiarezza possibile il problema riscontrato o il motivo di scontentezza

.....  
.....  
.....  
.....

Data dei fatti segnalati... / /

Suggerimento.....  
.....  
.....  
.....

Richiesta di incontro con il funzionario/dirigente.....

.....  
.....  
.....

Sig / a Cognome .....Nome.....

Indirizzo.....

Tel.....

Data di consegna del modulo.....