|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO**  **(A cura del Richiedente)**  ***(In assenza dei documenti in elenco la domanda non verrà presa in carico)*** | **VERIFICA DOCUMENTALE**  **(A cura del personale della RSA)** | | |
| **PRESENTE** | **ASSENTE** | **NON PERTINENTE** |
| **ALLEGARE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE IN COPIA** |  |  |  |
| Documento di Identità |  |  |  |
| Codice Fiscale (Tesserino Sanitario - CRS) |  |  |  |
| Certificato Invalidità al 100% |  |  |  |
| Certificato esenzione 011 e/o certificato 029 |  |  |  |
| Decreto di nomina di amministratore di sostegno |  |  |  |
| Certificato del medico specialista (geriatra o neurologo) di diagnosi demenza rilasciato da ente certificato |  |  |  |
| Documento identità e codice fiscale del Care giver (persona di riferimento) |  |  |  |
| Eventuale documentazione attestante l’accesso ai seguenti Servizi/ Unità di Offerta della rete socio/sanitaria nazionale e regionale (SAD, ADI, FNA, B2, CDI ….) |  |  |  |
| Eventuale documentazione medica recente (ricoveri ospedalieri, referti specialistici …) |  |  |  |
| Altro (specificare) |  |  |  |

**NOME :**

**COGNOME:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A cura del personale della RSA** | **SI** | **NO** |
| **La domanda è completa ?** |  |  |
| **Ruolo e Firma Compilatore** | **Data Compilazione** | |