



**per l'erogazione degli interventi previsti dalla misura "RESIDENZIALITÀ ASSISTITA" rivolta a:**

Persone anziane / fragili residenti in Lombardia al proprio domicilio, in età di norma pari o superiore ai 65 anni, anche con patologie croniche stabilizzate, che si trovano in condizione di difficoltà e/o isolamento per la mancanza di una rete in grado di fornire un adeguato supporto al domicilio e che necessitano di supervisione/care management e di prestazioni sociosanitarie in un ambiente di tipo familiare e/o socializzante, **purché NON** si trovino nella condizione di:

- invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento
- non deambulante e/o allettato
- con demenza moderata o severa (CDR > 2)
- con grave instabilità clinica meritevole di presa in carico in unità d'offerta sanitaria o specializzata
- con disturbi psichiatrici e/o comportamentali e/o di dipendenza attivi, intendendo evitare situazioni che potrebbero rendere problematica la convivenza in ambiente comunitario.

**ALLEGA:**

- documentazione medica (se in possesso)
- copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona per la quale si presenta richiesta
- copia del documento di identità del dichiarante
- copia del verbale di invalidità civile (se in possesso)
- consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (M AGR 006).

Consapevole che, ai sensi dell'art.71 del DPR 445/2000, l'ASST potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che le dichiarazioni mendaci (art 76 DPR 445/2000) sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, acconsente inoltre al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Decreto Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo e data) (firma estesa leggibile)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, funzionario del Servizio \_\_\_\_\_  
dell'ASST della Valcamonica, attesta che le premesse dichiarazioni sono state rese in sua presenza dal Sig./Sig.ra  
\_\_\_\_\_ identificato/a con \_\_\_\_\_  
(indicare gli estremi del documento di riconoscimento)

Luogo e data

Firma dell'operatore ASST