



FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE DI CODOGNO – ETS
 Via Ugo Bassi, 37/ 39 26845 Codogno (LO) Tel 0377/431101
 Web: www.operepiecodogno.org
 e mail: info@operepiecodogno.org
 Struttura sociosanitaria privata accreditata



Dasa-Rägister
 UNI 10881:2013
 INH-0123-01



Dasa-Rägister
 UNI EN ISO 9001:2015
 IQ-0123-01

**DOMANDA DI ACCESSO
 PROGETTO MITO: SERVIZI DOMICILIARI E TERRITORIALI**

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI

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 SE IL DOMICILIO NON COINCIDE 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**

Il Sig/La Sig.ra (Cognome e Nome) _____
 residente in _____ prov. (____) CAP _____
 via _____ n° ____ Telefono: _____
 e-mail _____

CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dal Progetto MITO ai sensi della Deliberazione n° XII/4481 del 03/06/2025 di Regione Lombardia consapevole che i seguenti criteri costituiscono esclusione dal progetto:

- Persone con demenza in fase avanzata che necessitano di assistenza esclusivamente residenziale;
- Assenza di un caregiver di riferimento;
- Condizioni cliniche ostative alle attività previste;
- Inserimento presso una Unità di Offerta per anziani.



FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE DI CODOGNO – ETS
 Via Ugo Bassi, 37/ 39 26845 Codogno (LO) Tel 0377/431101
 Web: www.operepiecodogno.org
 e mail: info@operepiecodogno.org
 Struttura sociosanitaria privata accreditata



D I C H I A R A (barrare con X)

- Che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia della misura di RSA APERTA né è inserita presso un Centro Diurno Integrato;
- Che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi ha più di 65 anni;
- Che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi è residente o domiciliata nel Distretto Basso Lodigiano di ASST di Lodi;
- Che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi ha presentato domanda di ingresso presso RSA o Centro Diurno Integrato in data _____;
- Che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi è in possesso di diagnosi certificata di demenza o disturbo neuro cognitivo minore, rilasciata da centro specialistico (es. CDCD, reparto neurologico o geriatrico ospedaliero);
- Persone anziane non autosufficienti con bisogni complessi;

ALLEGA (barrare con X)

- 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 di diagnosi certificata di demenza o disturbo neuro cognitivo minore, rilasciata da centro specialistico (es. CDCD, reparto neurologico o geriatrico ospedaliero);
- Copia di documentazione sanitaria e sociosanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali;

COMPILARE SOLO SE È PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE

- di essere familiare _____ (indicare relazione di parentela con il richiedente);
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente): _____
- di essere amministratore di sostegno/tutore/curatore del beneficiario (indicare estremi provvedimento di nomina): _____

Luogo e data: _____

FIRMA
