

Consenso informato alle prestazioni della Rsa Misura Aperta

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ informato da _____ (ruolo e
nome)

Oppure

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente a _____ in
via _____

in qualità di ☐ familiare ☐ tutore/amministratore/curatore (nominato con decreto
del tribunale di _____ del _____) del
signor/ra _____

DICHIARA CHE

- la visita valutativa/colloquio informativo avvenuto in data odierna serve per l'accettazione delle prestazioni indicate nel Piano Individuale consigliato dagli operatori della RSA Fondazione Paola Di Rosa Onlus, con sede in via O. Montini, Brescia (BS);
- la stessa ha attiva la misura Rsa aperta finalizzata a fornire interventi prioritariamente sociosanitari;
- la stessa è autorizzata come ente gestore presso l'ATS di Brescia;
- il sottoscritto in qualsiasi momento può fare richiesta di sospensione delle prestazioni dandone comunicazione all'ufficio amministrativo della Fondazione Paola Di Rosa Onlus;

Tutto quanto sopra premesso:

- ☐ Acconsente agli interventi proposti e dettagliati nel PI/PAI
- ☐ Non acconsente agli interventi proposti (in tal caso la pratica e la presa in carico cessano automaticamente)

Data ____/____/____

Firma
