

## Consenso informato alle prestazioni socio sanitarie 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 G.B. Bianchi Onlus, con sede in via Cavour n. 32/34, Toscolano Maderno (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 G.B. Bianchi 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  
\_\_\_\_\_