

MODULO D



COMUNE DI _____

Oggetto: Fondo per la Non Autosufficienza. Richiesta di attivazione assistenza domiciliare tramite cooperativa sociale

Si comunica che è stato autorizzato al II livello il progetto assistenziale personalizzato di _____,
C.F. _____, nato a _____, il _____,
residente in _____, a _____,
persona referente NOME _____, COGNOME _____,
in qualità di _____
recapito telefonico della persona referente tel.....,
che prevede l'attivazione dell'assistenza domiciliare oraria come previsto dal P.A.P., sulla base del
vigente regolamento, sul Fondo per la Non Autosufficienza.

Attivazione del servizio:	dal _____ al _____
variazione del servizio:	data _____
interruzione del servizio:	data _____

Data inizio prestazione: _____

N.ore Settimanali	Livello B1	Livello C1
Feriali: _____	_____	_____
Festive: _____	_____	_____

Livello B1: assistente familiare

Livello C1: OSS

Contributo orario a carico assistito: € _____

PREVISTA DEROGA:

data _____

Assistente Sociale
