

b) Servizi socio-sanitari e sociali utilizzati attualmente

| Nome del servizio | Ente gestore | Sede | Operatore di riferimento |
|-------------------|--------------|------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

c) Necessità di assistenza: per svolgere le funzioni tipiche della propria età, necessità di assistenza a livello individuale e/o relazionale: (segnare con una x la casella scelta)

| | |
|--|--------------------------|
| giornaliera, continuativa e costante da parte di familiari ed operatori dei servizi socio sanitari | <input type="checkbox"/> |
| giornaliera, continuativa e costante da parte di familiari | <input type="checkbox"/> |
| giornaliera, da parte di familiari, ma con momenti di autonomia | <input type="checkbox"/> |
| più volte alla settimana, da parte di familiari ed operatori | <input type="checkbox"/> |
| più volte alla settimana, da parte di familiari | <input type="checkbox"/> |
| in giorni prefissati, per particolari incombenze, da parte di familiari e/o altre persone | <input type="checkbox"/> |
| saltuaria da parte di familiari e/o altre persone | <input type="checkbox"/> |
| nessuna assistenza | <input type="checkbox"/> |
| altro | <input type="checkbox"/> |

Firma

.....

In caso di difficoltà nella compilazione da parte dell'interessato, specificare generalità di chi ha compilato la scheda.

Rapporto con il richiedente _____

Cognome Nome

Si consiglia di allegare tutta la documentazione sanitaria e sociale in possesso dell'interessato.

UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA n° 4 "ALTO VICENTINO"
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 Commissione Medica Integrata per l'accertamento dell'handicap
 Legge 5 febbraio 1992 n°104

SCHEDA NOTIZIE

da allegare alla domanda di accertamento del

MAGGIORENNE _____

