

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.

Cognome ..... Nome .....

Rapporto con il richiedente \_\_\_\_\_

*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

MINORENNE \_\_\_\_\_

