

MODULO C

PROT. SDS _____
DATA _____

DIMISSIONI H
REPARTO _____
TEL. _____

PROT. PRESIDIO/AFT _____
DATA _____

U.O. ASSISTENZA SOCIALE SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____, (____), il _____,
residente a _____, CAP _____,
Via _____ n. _____,
Tel. _____, Cellulare _____,
Codice Fiscale _____, in qualità di:

- Soggetto legittimato (specificare _____)
 Tutore o amministratore di sostegno

chiede per

- sé stesso

Oppure in caso di soggetto diverso dal segnalante per:

- _____

nato/a a _____ (____) il _____,
C.F. _____ residente nel Comune di
_____, CAP _____,
Via _____, n. _____, Tel. _____,
Cellulare _____, domiciliato/a a (indicare solo se diverso dalla
residenza) _____, CAP _____,
via _____, n. _____, telefono _____.

- Attivazione** del percorso di accesso alle prestazioni socio-sanitarie per la non autosufficienza
 Proroga delle prestazioni socio-sanitarie per la non autosufficienza

esprimendo le seguenti preferenze

- Percorso domiciliare:**
- Assistenza domiciliare diretta / indiretta
 - Contributo per l'assistente familiare
 - Inserimento in struttura semiresidenziale
- Percorso residenziale**
- Inserimento temporaneo
 - Inserimento a tempo indeterminato

