



Associazione Intercomunale per Esercizio Sociale
 Consorzio per i Servizi alla Persona



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
 FROSINONE



Prot.n.

Al Servizio Sociale del Comune di

**All' Aipes
 Via G.D'Annunzio, 17
 03039, Sora (FR)
 c.a. del Responsabile del Centro
 Diurno Alzheimer di Atina**

Il sottoscritto _____

Familiare del paziente _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

Chiede la valutazione per l'inserimento del proprio congiunto presso il Centro diurno "Non più Soli - Spazio integrato Alzheimer".

Il medesimo dichiara di aver preso visione della Carta dei Servizi del Centro Diurno e di accettarne le condizioni e le modalità di frequenza.

Data

Firma

Si allega la seguente documentazione (*Barrare i documenti presentati*):

- certificato di valutazione del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (ex U.V.A.);
- richiesta di invio al Centro Diurno da parte del C.D.C.D.;
- copia del decreto di nomina di tutore/curatore/amministratore di sostegno (se ricorre il caso);
- copia di documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente (se diverso dall'interessato);
- copia di documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria dell'interessato;
- Autocertificazione dello Stato di Famiglia e di Residenza
- ISEE Sociosanitario 2015.



Associazione Intercomunale per Esercizio Sociale
Consorzio per i Servizi alla Persona



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



RICHIESTA DI INVIO AL CENTRO DIURNO DA PARTE DEL C.D.C.D.

All'Aipes
Via G.D'Annunzio, 17
03039, Sora (FR)

c.a. del Responsabile del Centro Diurno Alzheimer di Atina

Il Centro Disturbi Cognitivi e demenze di _____ vista la documentazione e la relativa valutazione sanitaria del paziente, allegate alla presente richiesta, esprime parere favorevole all'inserimento del Sig. _____ con Patologia di Alzheimer di grado Lieve / Moderato (*barrare la voce che non interessa*) al Centro Diurno Alzheimer "Non più soli" di Atina.

Data _____

Centro C.D.C.D. di _____

Il Responsabile
(Dott. _____)

ALLEGATO 2