

All. A3 - Scheda FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI e/o SOCIO SANITARI

SERVIZI UTILIZZATI		
	Frequenza oraria settimanale (giorni e fasce orarie)	Tipologia di prestazioni
Centro diurno Socio-Sanitario		
Centro polivalente disabili		
Centro di riabilitazione sanitario		
ADI		
SAD		
Altro		

PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ANNUALITÀ
--	-----------

CONTRIBUTI ECONOMICI PERCEPITI DA REGIONE/COMUNE		
Assegno di cura	Per il periodo .....	importo di € .....
Assistenza indiretta personalizzata	Per il periodo .....	importo di € .....
Altro contributo	Per il periodo .....	importo di € .....