Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spett. Società della Salute Mugello

Via P. Togliatti, 29-50032

 BORGO S. LORENZO (FI)

Oggetto : **Richiesta erogazione Buono Servizio** Azione 2: Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza progetto- Sostegno Autonomia e Servizi Sociosanitari- SASS codice Progetto: 312725

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.c \_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede l’erogazione del Buono Servizio indicato in oggetto **preferibilmente** per le seguenti prestazioni, **salva la positiva valutazione della commissione UVM:**

* OSA/OSS/ADB
* Educatore
* Atelier Alzheimer
* Infermiere
* Caffè Alzheimer
* Psicologo
* Fisioterapista
* Sollievo RSA

Dichiara

* di aver preso visione dell’informativa privacy SdS Mugello
* di essere consapevole che le prestazioni sono erogabili solo a seguito della valutazione con esito positivo da parte della UVM
* di impegnarsi a rilasciare idonee e puntuali dichiarazioni in caso di non fruizione del servizio per propria responsabilità

Allega:

-diagnosi effettuata dai servizi specialistici competenti di Alzheimer/demenza

-domanda di iscrizione FSE+

-documento di identità in corso di validità

Per eventuali comunicazioni contattare

Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Borgo San Lorenzo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Richiedente/Tutore/Amm.re Sostegno

­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_