

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
