



Modulo di accettazione delle Prestazioni Previste dal Servizio SAD

Cognome e Nome.....
Luogo di nascita.....Data di nascita...../...../.....
Residenza/Domicilio d'Assistenza.....
Familiare di riferimento
In qualità di Recapito.....
Codice Fiscale.....MMG/PLS.....

DICHIARA:

DI ACCETTARE LE SEGUENTI PRESTAZIONI PREVISTE DAL SERVIZIO SAD

- ☐ Cura dell'igiene della persona;
- ☐ Pulizia e riordino degli ambienti di vita della persona ove strettamente indispensabile e comunque in via sussidiaria ad altre prestazioni;
- ☐ Spesa, preparazione e cottura cibi; v Somministrazione e rigovernatura;
- ☐ Cambio biancheria, lavatura e stiratura della biancheria;
- ☐ Disbrigo pratiche amministrative e acquisto farmaci ove strettamente indispensabile e comunque in via sussidiaria ad altre prestazioni;
- ☐ Interventi per favorire la vita di relazione;
- ☐ Accompagnamento per visite e passeggiate comunque in via sussidiaria ad altre prestazioni;

Si precisa che le modalità di attuazione del Servizio saranno concordate con la cooperativa di riferimento assegnata.

Firma dell'Interessato, del familiare, tutore o amministratore di sostegno

Firma dell'assistente sociale

San Giorgio a Cremano,/...../.....