

IL/LA SOTTOSCRITT.....

IN QUALITA' DI MEDICO DI BASE DEL SIG./SIG.RA.....

.....NATO/A IL.....

A.....

DICHIARA

A RICHIESTA DELL'INTERESSATO/A - ESCLUSIVAMENTE PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DEL DISTRETTO RM F1 DENOMINATO "ASSEGNI DI CURA" – AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N.20/2006 E DELLA DGR N.601 DEL 31.07.2007 – CHE IL SIG./SIG.RA

SI TROVA ATTUALMENTE IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

- SOGGETTO TOTALMENTE E PERMANENTEMENTE NON AUTOSUFFICIENTE** cioè incapace di provvedere a sé stesso se non con l'aiuto totale, continuo e permanente di altre persone.
- SOGGETTO TEMPORANEAMENTE NON AUTOSUFFICIENTE** (e cioè che versa in uno stato di temporanea, totale o parziale perdita di abilità fisica o psichica, che per recuperare in parte o del tutto la propria funzionalità ha bisogno di assistenza riabilitativa, intensiva e/o di assistenza medico-infermieristica specifica e di assistenza psico-sociale)
- SOGGETTO PARZIALMENTE E PERMANENTEMENTE NON AUTOSUFFICIENTE** cioè soggetto che soffre di situazioni patologiche che compromettono del tutto il livello di autosufficienza (persona con disabilità sensoriale, fisica, mentale, malata cronica), nonché soggetto con autonomia limitata in grado di provvedere a sé stesso anche con l'aiuto discontinuo e parziale di altri.

....., Li.....

FIRMA E TIMBRO