



Associazione Intercomunale per Esercizio Sociale  
Consorzio per i Servizi alla Persona



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
FROSINONE



**Prot.n.**

**Al Servizio Sociale del Comune di**

**All' Aipes  
Via G.D'Annunzio, 17  
03039, Sora (FR)  
c.a. del Responsabile del Centro  
Diurno Alzheimer di Atina**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Familiare del paziente \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Chiede la valutazione per l'inserimento del proprio congiunto presso il Centro diurno "Non più Soli - Spazio integrato Alzheimer".

Il medesimo dichiara di aver preso visione della Carta dei Servizi del Centro Diurno e di accettarne le condizioni e le modalità di frequenza.

Data

Firma

Si allega la seguente documentazione ( *Barrare i documenti presentati*):

- certificato di valutazione del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (ex U.V.A.);
- richiesta di invio al Centro Diurno da parte del C.D.C.D.;
- copia del decreto di nomina di tutore/curatore/amministratore di sostegno ( se ricorre il caso);
- copia di documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente ( se diverso dall'interessato);
- copia di documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria dell'interessato;
- Autocertificazione dello Stato di Famiglia e di Residenza
- ISEE Sociosanitario 2015.



Associazione Intercomunale per Esercizio Sociale  
Consorzio per i Servizi alla Persona



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
FROSINONE



## **RICHIESTA DI INVIO AL CENTRO DIURNO DA PARTE DEL C.D.C.D.**

**All'Aipes**  
**Via G.D'Annunzio, 17**  
**03039, Sora (FR)**

**c.a. del Responsabile del Centro Diurno Alzheimer di Atina**

Il Centro Disturbi Cognitivi e demenze di \_\_\_\_\_ vista la documentazione e la relativa valutazione sanitaria del paziente, allegate alla presente richiesta, esprime parere favorevole all'inserimento del Sig. \_\_\_\_\_ con Patologia di Alzheimer di grado Lieve / Moderato (*barrare la voce che non interessa*) al Centro Diurno Alzheimer "Non più soli" di Atina.

Data \_\_\_\_\_

Centro C.D.C.D. di \_\_\_\_\_

Il Responsabile  
(Dott. \_\_\_\_\_)

**ALLEGATO 2**