



COMUNE DI PONTE LAMBRO

Via Roma n. 23 – 22037 Ponte Lambro (Co) C.F. / P.I. 00601450133 – tel. 031 / 623240
fax on line 031 / 2281740 - www.comune.pontelambro.co.it

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Posta elettronica: protocollo@comune.pontelambro.co.it
Posta certificata: comune.pontelambro.co@halleycert.it

All. 2a

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO- SERVIZIO ASS. DOMICILIARE

DATA COMPILAZIONE:

Cognome e Nome _____ Nato a _____ Il _____

professione _____

stato civile: nubile/celibe cgt vedovo/a separato/a

Indirizzo _____ tel _____

Invalidità civile SI NO IN CORSO, se si _____ % _____ dal _____

Medico di base _____ Medico specialista _____

patologie e/o condizioni di rischio:

dati referente principale (DA INSERIRE OBBLIGATORIAMENTE)

Cognome e Nome _____ Nato a _____ Il _____

Grado di parentela _____

Residente a _____ via/p.zza _____

Dati familiari

n° figli: _____ nome e cognome: _____

n°fratelli: _____ nome e cognome _____

Prestazioni garantite dai familiari o figure di riferimento

.....
.....
.....



COMUNE DI PONTE LAMBRO

Via Roma n. 23 – 22037 Ponte Lambro (Co) C.F. / P.I. 00601450133 – tel. 031 / 623240
fax on line 031 / 2281740 - www.comune.pontelambro.co.it

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Posta elettronica: protocollo@comune.pontelambro.co.it
Posta certificata: comune.pontelambro.co@halleycert.it

Badante: NO SI, per n° ore settimanali _____

Agevolazione economica (es. SGATE) _____

Telesoccorso	NO	SI
Centro diurno	NO	SI
Prestazioni sanitarie	NO	SI, quali _____
Prestazioni socio-sanitarie	NO	SI, quali _____
Misure sanitarie	NO	SI, quali _____
Misure socio-sanitarie	NO	SI, quali _____

Il servizio sociale, il care giver e il beneficiario, se in grado, concordano sul seguente piano di intervento:

OBIETTIVI: _____

PROGRAMMAZIONE SETTIMANALE dal _____

GIORNO	ORARIO	COSTO
lunedì	dalle _____ alle _____	
martedì	dalle _____ alle _____	
mercoledì	dalle _____ alle _____	
giovedì	dalle _____ alle _____	
venerdì	dalle _____ alle _____	
sabato	dalle _____ alle _____	
domenica	dalle _____ alle _____	

Segnalazione orari e/o giorni indisponibili in caso di variazione programma
.....
.....

MODALITA' DI PAGAMENTO: bollettino postale bonifico tesoreria

Asa di riferimento (a cura dell'ufficio).....

FIRMA REFERENTE

FIRMA UTENTE

FIRMA ASS.SOCIALE

Allegati:
INFORMATIVA PRIVACY
AUTOCERTIFICAZIONE INVALIDITA' CIVILE
MODULO PRASSI OPERATIVA FIRMATO