

ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE

**PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO
DI ASSISTENZA DOMICILIARE
AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
NON IN ADI**

Nel distretto socio-sanitario n. 46
(comuni di Noto-Avola-Pachino-Portopalo-Rosolini)

Il sottoscritto dott. _____ in qualità di medico curante,

ATTESTA

Che Il/La sig./ra _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

È affetto/a da stato di grave non autosufficienza a cui è possibile rispondere attraverso servizi alternativi all'A.D.I. (assistenza domiciliare integrata).

Si rilascia la presente attestazione, in carta libera, ai fini dell'ammissione al servizio distrettuale di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti non in ADI (S.A.D. PAC) residenti nel distretto socio-sanitario 46

Luogo e data

Firma e Timbro

Del medico curante

Nota

Il servizio di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti non in ADI comprende le seguenti prestazioni, rese dall'operatore socio-assistenziale (O.S.A.): governo dell'alloggio ed attività domestiche, accompagnamento, disbrigo commissioni, ecc