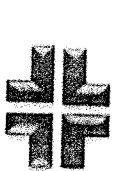


ALLEGATO 5

Autorizzazione alla corresponsione dell'assegno di cura





SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

Il Direttore del Distretto Sociosanitario di _____

Vista l'istanza presentata dal signor _____, nato a _____ il
_____ e residente in _____ alla via _____
tendente ad ottenere i benefici di cui alla DGR n°364/2016 previo riconoscimento dello status di persona
con disabilità gravissima in favore di _____, nato a
_____ e residente in _____ alla via
_____;

Preso atto del giudizio valutativo espresso dall'UVT nel corso della seduta del _____ e
qui integralmente richiamata;

Considerata la natura della richiesta tendente ad ottenere un assegno di cura finalizzato ad assistere al
proprio domicilio il signor _____ ricorrendo:

☐ all'acquisto di prestazioni socioassistenziali

☐ alle cure dirette del caregiver familiare identificato nella persona di seguito indicata

AUTORIZZA

la concessione di un assegno di cura di importo pari ad euro per la durata di un anno, e comunque
sino alla effettiva consistenza dello specifico fondo così per come determinato dalla regione Calabria,
finalizzato ad assistere al proprio domicilio il signor





SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

residente

in

alla

via

con le modalità prescelte e comunque nel rispetto di quanto definito dalla Regione Calabria con i propri provvedimenti.

Il Direttore del Distretto

