

MODELLO PER LA CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A IN QUALITA' DI MEDICO DI
MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA DEL/LA SIG./RA
..... NATO/A IL
A

DICHIARA

a richiesta dell'interessato/a, esclusivamente per la fruizione dell' "ASSEGNO DI CURA" in favore di
persone non autosufficienti erogato dal Distretto Sociosanitario 1 RM 4, che il/la sig./ra

.....
si trova attualmente in una delle seguenti condizioni:

- SOGGETTO TOTALMENTE E PERMANENTEMENTE NON AUTOSUFFICIENTE** cioè incapace di provvedere a se stesso se non con l'aiuto totale, continuo e permanente di altre persone;
- SOGGETTO TEMPORANEAMENTE NON AUTOSUFFICIENTE** 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, malattia cronica), nonché soggetto con autonomia limitata in grado di provvedere a se stesso anche con l'aiuto discontinuo e parziale di altri.

....., Lì

FIRMA E TIMBRO