PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA PER DISABILI GRAVISSIMI

PROGETTO DI AMBITO											**B 2**
Ambito Territoriale _____			**Comune Capofila / Consorzio**								
num. Progressivo utente	**Codice utente**	**Comune di residenza**	**data presentazione domanda**	**data valutazion o rivalutazione in U.V.I.**	**patologia**	**Scala di valutazione**	**Punteggio**	**nome assistente sociale responsabile della presa in carico**	**vecchio utente di asssegno di cura**	**nuovo utente di assegno di cura**	**COSTO PER UTENTE**
TOTALE									TOTALE	TOTALE	TOTALE

fonte: http://burc.regione.campania.it