

## PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA

PROGETTO DI AMBITO PER DISABILI GRAVI										B 3	
AMBITO TERRITORIALE _____			Comune capofila _____								
num. Progressivo utente	Codice utente	Comune di residenza	data presentazione e domanda	data valutazione o rivalutazione in U.V.I.	patologia	punteggio scala Barthel	nome assistente sociale responsabile della presa in carico	vecchio utente di assegno di cura	nuovo utente di assegno di cura	TOTALE COSTO PER UTENTE	
TOTALE								TOTALE	TOTALE	TOTALE	