



**UNIONE DEI COMUNI "MADONIE"**  
con sede nel Comune di Petralia Soprana (PA)

**ALLEGATO "B" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO  
PROGRAMMA ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO FINALIZZATO ALLA  
EROGAZIONE DI VOUCHER - BUONO DI SERVIZIO DI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Comune di residenza assistito \_\_\_\_\_

Sesso:  F  M

Istruzione:  nessun titolo  licenza elementare  scuola media inf./avviamento

scuola professionale  medie superiori

invalidità civile:  si  no

certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3  si  no

certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 1  si  no

indennità accompagnamento: si  no

presenza di altri disabili nel nucleo familiare di convivenza  si  no

fruizione di voucher assistenziali  si  no

reddito ISEE (capofamiglia) \_\_\_\_\_

**NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA**

Parentela	Cognome	Nome	Età	Attività lavorativa	Scolarità



**UNIONE DEI COMUNI "MADONIE"**  
con sede nel Comune di Petralia Soprana (PA)

--	--	--	--	--	--

**RETE FAMILIARE E SOCIALE DI SUPPORTO PRESENTE**

Cognome e Nome	Età	Relazione	Recapito telefonico	Note

**A- Obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere**

.....  
.....  
.....

**B- Prestazioni richieste**

Frequenza di centri diurni e di incontro;

Frequenza di centri socio-culturali diurni integrati sia di persone autosufficienti che con problemi fisici, psichici e sociali anche a sollievo delle famiglie;

Servizio di trasporto presso centri socio-rieducativi e di aggregazione sociale;

Attività ludico-ricreative, teatrali e sportive, anche ad integrazione personale e sociale ed a sostegno dell'inserimento sociale;

- Altro \_\_\_\_\_;

**C- Figure professionali impegnate**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**E- Servizi socio assistenziali usufruiti**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**UNIONE DEI COMUNI "MADONIE"**  
con sede nel Comune di Petralia Soprana (PA)

**Durata del programma** \_\_\_\_\_ **Valutazione** \_\_\_\_\_

**Strumenti:** \_\_\_\_\_

Referente Servizio Sociale del Comune

-----

(Firma)

Utente beneficiario

(Firma)

Referente Familiare

-----

(Firma per approvazione e sottoscrizione)