

**NOTA DI DIMISSIONE**

Alla C. A del Sig./ra _____

Data, _____

ANAGRAFICA UTENTE**Cognome:****Nome:**Sesso: ☐ F ☐ M

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Residente a:

Cap:

Telefono:

mail:

Codice fiscale:

Domiciliato a (se diverso da residenza):

via:

Cap:

Telefono:

MMG:

Telefono

Caregiver principale :

Sig./ra _____ Tel _____

☐ convivente ☐ non convivente☐ Amministratore di Sostegno☐ Tutore☐ Curatore☐ nessuna nomina**DATI PER FLUSSI INFORMATIVI**

TIPO DI INTERVENTO con FIGURA UTILIZZATA e N° di PRESTAZIONI EROGATE:

☐☐☐☐☐

BUDGET utilizzato fino al

è di complessivo

€

**SINTESI PERCORSO ASSISTENZIALE - PAI**

Bisogni:

Obiettivi.

Modalità d' intervento: (interventi previsti, tempi e modalità di erogazione)

ASSC