

Comune di Samassi

Area Politiche Sociali

Nome utente _____

Servizio L.162/98 "Ritornare a Casa"

Nome operatore _____

Qualifica: **BADANTE CON CONTRATTO A TEMPO PIENO IN REGIME DI CONVIVENZA (in tal caso compilare solo ore totali e codice prestazione)**

Mese _____ Anno _____

| | Mattino | | Pomeriggio | | Sera | | Tot. Ore | Intervento |
|---------------------------|---------|------|------------|------|-------|------|----------|------------|
| | Dalle | Alle | Dalle | Alle | Dalle | Alle | | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | |
| Totale ore | | | | | | | | |
| Codice prestazione | | | | | | | | |

| Codice | Prestazione |
|--------|---|
| 1 | Prestazioni dirette alla cura e all'igiene della persona |
| 2 | Prestazioni dirette alla cura e all'igiene degli ambienti |
| 3 | Altro (accompagnamento per visite mediche, per spese alimentari, presso Centri diurni, presso Piscina, passeggiata) |

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445

La sottoscritta _____ dichiara di aver prestato servizio per l'assistenza a favore del signor _____ nel mese di _____ in QUALITA' DI BADANTE A TEMPO PIENO IN REGIME DI CONVIVENZA.

Firma utente o familiare ref.

Firma operatore
