



**COMUNE DI SASSARI**  
**Settore Politiche, Servizi e Coesione Sociale**  
**SCHEDA IN AUTOCOMPILAZIONE**

<b>A CURA DEL RICHIEDENTE ASSISTENZA FAMILIARE</b>	
<b>Nome e Cognome</b>	<b>Data di nascita</b>
<b>Indirizzo domicilio:</b>	
<b>Recapito telefonico:</b>	
<b>Rapporto parentela/affinità/altro... con la persona da assistere:</b>	

<b>INFORMAZIONI SUL BENEFICIARIO</b>	
<b>Nome e Cognome</b>	<b>Data di nascita</b>
<b>Indirizzo domicilio:</b>	<b>Sesso</b>
	<b>M      F</b>

**Recapito telefonico:**

**Patologia prevalente:**

- invalidità fisica     • patologia psichiatrica
- morbo d'Alzheimer, demenza senile e altre malattie degenerative che provocano disturbi cognitivi e/o comportamentali
- malato in fase terminale/sla
- altro \_\_\_\_\_

**Livello di autosufficienza:**

- persona autosufficiente (autonoma nella deambulazione, nella cura di sé, nell'igiene personale e nel mangiare)
- persona parzialmente autosufficiente (in grado di curare l'igiene personale, di usare i servizi igienici autonomamente)
- persona non autosufficiente (bisognosa di assistenza nella cura e nell'igiene personale, nel mangiare, negli spostamenti)

**Esigenza fascia oraria richiesta per l'assistenza:**

- convivente     • sera     • mattina     • notte     • pomeriggio
- altro \_\_\_\_\_

**Ulteriori esigenze:**

<b>Composizione nucleo familiare di appartenenza</b>	<b>Luogo ed indirizzo di domicilio</b>
1) <b>Età</b>	
2) <b>Età</b>	
3) <b>Età</b>	
4) <b>Età</b>	
5) <b>Età</b>	

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_