

PROGETTO DI AFFIDO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il __/__/____

e residente a _____

Via/ P.zza _____ n° _____

Telefono _____

- **Esprime il proprio consenso ad**

essere inserito in affidamento a tempo

pieno

parziale

al rinnovo dell'inserimento

presso il nucleo familiare del/della Sig./Sig.ra

nato/a a _____ il __/__/____

e residente a _____

Via/ P.zza _____ n° _____

Telefono _____

in qualità di

• INTERESSATO

• Rappresentante Legale

con le modalità previste nel Regolamento dell' ex ASL'12 - delibera n° 105 del 28/03/2007.

- Si Impegna alla riscossione del contributo economico mensile erogato dall'Az. Usi Toscana Nord Ovest – Zona Versilia

di € _____ mensili.

- Si impegna a contribuire alle spese dell'affido con un importo mensile di € _____

Azienda USL Toscana nord ovest



Azienda USL Toscana Nord

Ovest, sede legale:

Via Cocchi 7/9 – 56121

Ospedaletto (Pi)

p.i. 02198590503

direzione.uslnordovest@poste

cert.toscana.it

Sito internet:

<http://www.uslnordovest.toscana.it>

C.F. - P.Iva 02198590503

IBAN

IT17P0503414011000000010004

U.F.Servizi Sociali

Non Autosufficienza e

Disabilità

Dr. ssa Marica Ghiri

I.F.SMA Inclusione sociale

SERD

dr ssa Valentina Landucci

via Comparini 6 -

55049 Viareggio

tel. 0584 6056305

valentina.landucci@uslnordov

est.toscana.it

- Si impegna a versare l'intera quota pari a € 1200 agli affidatari

Firma Interessato _____

Firma Legale rappresentante _____

Il/La sottoscritto/a

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____

e residente a

Via/ P.zza

_____ n° _____

Telefono _____

- Esprime il consenso a

prendere in affidamento a tempo

pieno

parziale

rinnovare l'affidamento

il/la Sig./ Sig.ra _____

- Si impegna a:

- provvedere all'ospitalità e al mantenimento della persona in idoneo ambiente di vita, favorendone il coinvolgimento nelle attività quotidiane

- collaborare all'assistenza della persona affidata anche in caso di eventuale ricovero ospedaliero

- mantenere e favorire i rapporti con i familiari o altre figure significative della persona affidata

- favorire il proseguimento dei progetti di socializzazione e/o lavorativi in corso

- mantenere i rapporti con l'equipe referente partecipando attivamente alle azioni e agli obiettivi come definito dal PTRI dell'affidato

- accompagnare la persona affidata alle visite e ai colloqui psico – medico – sociali

- raccordarsi tempestivamente con il referente dell'equipe in caso si venga a



Azienda USL Toscana Nord
Ovest, sede legale:
Via Cocchi 7/9 – 56121
Ospedaletto (Pi)
p.i. 02198590503
direzione.uslnordovest@posta
cert.toscana.it
Sito internet:
<http://www.uslnordovest.toscana.it/>
C.F. - P.Iva 02198590503

IBAN
IT17P0503414011000000010004

**U.F.Servizi Sociali
Non Autosufficienza e
Disabilità**
Dr. ssa Marica Ghiri

**I.F.SMA Inclusion sociale
SERD**
dr ssa Valentina Landucci

via Comparini 6 -
55049 Viareggio
tel. 0584 6056305
valentina.landucci@uslnordov
est.toscana.it

conoscenza di informazioni di particolare rilevanza, anche di natura patrimoniale, relative al soggetto affidato

Firma _____

L'equipe referente monitorerà l'andamento del progetto di affido attraverso verifiche periodiche.

Tale progetto ha durata di _____

Data _____

	FIRMA
AFFIDATO	
AFFIDATARIO	
ASSISTENTE SOCIALE	
MEDICO PSICHIATRA	
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	

Azienda USL Toscana nord ovest



Azienda USL Toscana Nord
Ovest, sede legale:
Via Cocchi 7/9 - 56121
Ospedaletto (Pi)
p.i. 02198590503
direzione.uslnordovest@posta
cert.toscana.it
Sito internet:
<http://www.uslnordovest.toscana.it/>
C.F. - P.Iva 02198590503

IBAN
IT17P0503414011000000010004

**U.F.Servizi Sociali
Non Autosufficienza e
Disabilità**
Dr. ssa Marica Ghiri

**I.F.SMA Inclusion sociale
SERD**
dr ssa Valentina Landucci

via Comparini 6 -
55049 Viareggio
tel. 0584 6056305
valentina.landucci@uslnordov
est.toscana.it

