

**RENDICONTAZIONE RISORSE FNA GRAVISSIME DISABILITA' - dal ..... al .....****ZONA DISTRETTO / SOCIETA' DELLA SALUTE**

\_\_\_\_\_

**CONTRIBUTO PER ASSISTENTE PERSONALE**[illegible]

## ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA

n. progressivo	Codice beneficiario	DATA PRESA IN CARICO per disabilità gravissime	DATA INIZIO prestazione	DATA FINE prestazione	Importo complessivo SPESO	di cui Risorse imputate su quota del 10%
1						
2						
3						
...						
...						
<b>TOTALE</b>						

**RICOVERI DI SOLLIEVO** (complementari al percorso domiciliare)

n. progressivo	Codice beneficiario	DATA PRESA IN CARICO per disabilità gravissime	DATA INIZIO prestazione	DATA FINE prestazione	Importo complessivo SPESO	di cui Risorse imputate su quota del 10%
1						
2						
3						
...						
...						
TOTALE						

**CASI COMPLESSIVI NELL'ANNO**

CLASSE ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
<18 anni			
18-24 anni			
25-34 anni			
35-44 anni			
45-54 anni			
55-64 anni			
65-74 anni			
75 anni e oltre			
<b>TOTALE</b>			

NOTE:

Data

Timbro e firma del legale rappresentante