



Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona

RICHIESTA POTENZIAMENTO SAD – DGR 2883/2014

Comune di _____

Richiesta di Potenziamento sad a favore del/la signor/a _____

Nato/a a _____ Prov. di _____

Il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Ore sad settimanali attivate _____

Prestazioni attualmente erogate _____

Si richiede un Potenziamento del sad per n° _____ (max 7 ore settimanali) di ore settimanali, da effettuarsi:

a partire dalle ore 20.00 nei giorni Lunedì fino alle ore _____

Martedì fino alle ore _____

Mercoledì fino alle ore _____

Giovedì fino alle ore _____

Venerdì fino alle ore _____

Sabato fino alle ore _____

domenica, nei seguenti orari _____

Luogo e Data _____

Firma operatore comunale _____

Allegare:

- PAI
- SCALA ADL E IADL