



Programma Locale Unitario dei Servizi
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas



Comune di Osilo
Ente capofila



ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute



Provincia di Sassari

Distretto Sanitario di Sassari

Programma Regionale “Ritornare a casa”
(Art.17, comma 1 – L.R. n° 4 del 11/05/2006)

Spett.le P.U.A. Distretto Sanitario di Sassari

Spett.le Comune di _____

Il/La sottoscritt_____ nat_ a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
domiciliat_ a (indicare solo se diverso da residenza) _____ in via _____ n° _____
tel. _____ cod.fisc. _____ e-mail _____

CHIEDE

la predisposizione di un piano personalizzato per l’accesso al Programma Regionale “Ritornare a casa” come:

nuovo beneficiario rinnovo ____ annualità

per se;

per il/la sig.____: _____ nat_ a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
domiciliat_ a (indicare solo se diverso da residenza) _____ in via _____ n° _____
tel. _____ cod.fisc. _____ e-mail _____

in qualità di sua figura di riferimento (indicare di seguito la natura della relazione esistente):

Allega i seguenti documenti:

- Certificazione ISEE redatto secondo la normativa vigente
- Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio allegata
- Certificazione sanitaria redatta secondo le indicazioni contenute nella specifica informativa
- Documentazione attestante il ricovero presso una struttura residenziale a carattere sociale e/o sanitario per un periodo non inferiore a 12 mesi
- Altro

_____ li _____
(Luogo) (Data)

(Firma)