

**ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI  
NON IN ADI**

Nel distretto socio-sanitario n. 46  
(comuni di Noto-Avola-Pachino-Portopalo-Rosolini)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_, in qualità di medico curante,

**ATTESTA**

Che Il/La sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

È affetto/a da stato di grave non autosufficienza a cui è possibile rispondere attraverso servizi alternativi all'A.D.I.(assistenza domiciliare integrata).

*Si rilascia la presente attestazione, in carta libera, ai fini dell'ammissione al servizio distrettuale di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti non in ADI (S.A.D. PAC) residenti nel distretto socio-sanitario 46*

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma e Timbro

Del medico curante

\_\_\_\_\_

**Nota**

Il servizio di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti non in ADI comprende le seguenti prestazioni, rese dall'operatore socio-assistenziale (O.S.A.): governo dell'alloggio ed attività domestiche, accompagnamento, disbrigo commissioni, ecc