SCHEDA NOTIZIE (All. E)

ASSISTITO DELL'ONA ..... **INFERMO** .....

1. DA QUANTI ANNI È AFFETTO DALL'INFERMITÀ: _____

2. GRADO DI AUTOSUFFICIENZA:

- **È ALLETTATO**_____ **DEAMBULA AUTONOMAMENTE**_____
- **È AUTONOMO**

NEI BISOGNI CORPORALI:_____

NELL'ALIMENTARSI: _____

NEL VESTIRSI:_____

3. RICOVERI PRESSO OSPEDALI E/O CASE DI CURA PER L'INFERMITÀ SPECIFICA:

_____

_____

_____

4. VIVE IN CASA: DA SOLO_____ CONVIVE CON L'ASSISTITO_____ PRESSO_____

5. NECESSITA DEL SEGUENTE TIPO DI ASSISTENZA:

_____

_____

CON QUALE FREQUENZA:

_____

CON QUALI COSTI:

_____

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, che le notizie fornite rispondono a verità.

Firma dell'assistito dell'O.N.A.

....., lì.....

NOTIZIE AGGIUNTIVE RILASCIATE DALL'ASSISTITO DELL'O.N.A. IN MERITO ALLA DOMANDA DI CONTRIBUTO ASSISTENZIALE PERIODICO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....