

**Domanda di ammissione allo SFA  
Servizio di formazione all'autonomia per le persone disabili**

**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. abitazione \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

*(indicare il grado di parentela rispetto alla persona disabile)*

**CHIEDE L'AMMISSIONE AL  
SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA (SFA)  
DEL PROPRIO FAMILIARE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a richiedente si impegna:

- ❖ a fornire al Coordinatore dello SFA ogni informazione utile per garantire la stesura e la realizzazione del progetto educativo individualizzato del proprio familiare;
- ❖ a consegnare quanto prima, debitamente compilata in ogni sua parte, la scheda sanitaria del proprio familiare.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del familiare richiedente**

\_\_\_\_\_

**Scheda Sanitaria**  
**allegata alla domanda per lo SFA**

**1) DATI DEL PAZIENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria N. \_\_\_\_\_

**2) ANAMNESI E DIAGNOSI**

---

---

---

---

---

**3) SITUAZIONE CLINICA ATTUALE**

---

---

---

---

---

---

---

---

**4) TERAPIA IN ATTO**

---

---

---

---

**5) IL PAZIENTE E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E PUO' VIVERE IN  
COMUNITA'?**

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del medico curante**

\_\_\_\_\_