

DATI DI SINTESI

RAPPORTO DI LAVORO

1° Lavoratore Sig./a (cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(Nazionalità)

Convivente SI NO (N. ore settimanali)

Assistenza notturna SI (N. ore settimanali) NO

Personale educativo qualificato SI (N. ore mensili) NO

Fine settimana SI NO

Data di assunzione Data di attivazione progetto

2° Lavoratore Sig./a (cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(Nazionalità)

Convivente SI NO (N. ore settimanali)

Assistenza notturna SI NO (N. ore settimanali)

Personale educativo qualificato SI NO (N. ore mensili)

Fine settimana SI NO

Data di assunzione Data di attivazione progetto

IMPEGNO DEI FAMIGLIARI NELL' ASSISTENZA

Famigliari

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UTILIZZO DI SERVIZI PUBBLICI

Assistenza Domiciliare pubblica SI (N. ore giorn..... N. ore settim.....) NO

Centro Diurno SI (N. mezze giornate alla settimana) NO

Data,.....

Firma operatore/i

.....

.....