

**PATTO PER LA CURA**

**Obiettivi di cura che si intendono perseguire, connessi a salute, relazioni affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo) e indicazione in mesi della durata del patto:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Condizione attuale (Specificare brevemente):**

---

---

---

**Necessità della persona (Specificare brevemente):**

---

---

---

---

**Impegni del caregiver familiare, modalità di monitoraggio del buon andamento e del perseguimento degli obiettivi previsti dal Patto per la cura**

---

---

---

---

---

Data e luogo, \_\_\_\_\_ Firma CAREGIVER \_\_\_\_\_

Firma della persona con disabilità (o del suo amministratore di sostegno, curatore o tutore) \_\_\_\_\_

Firma Case manager \_\_\_\_\_