



Azienda Sanitaria  
di Firenze

A 11

Prot. n. \_\_\_\_\_

Firenze,

Al Punto Insieme di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Richiesta di rivalutazione del Piano Assistenziale Personalizzato

Il/la Sottoscritto/a ....., nella mia qualità di ....., richiedo la rivalutazione del Piano Assistenziale Personalizzato del/la Sig./ra ....., rilasciato in data ....., in quanto si sono realizzate le seguenti condizioni che rendono necessaria una modifica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A parere dello/a scrivente la situazione modificata investe l'area dei bisogni:

- Sociali
- Sanitari
- Sociosanitari

Si allegano certificazioni e/o documentazione comprovanti quanto dichiarato.

Distinti saluti.

Firma

\_\_\_\_\_