CITTÀ DI FOLIGNO
AREA DIRITTI DI CITTADINANZA
SERVIZIO PROGETTAZIONE E GESTIONE SERVIZI A.T.8

REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI
ULTIMO AGGIORNAMENTO **Atto n. 687 del 04/07/2013**

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
1	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
2	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
3	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
4	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
5	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
6	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
7	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
8	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
9	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
10	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
11	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
12	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
13	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
14	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
15	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
16	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	
17	- CANCELLATO -

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	60888	23/11/2011	RONCHETTI	MARIA CARLA	30/04/1975	FOLIGNO	PG	F	SPELLO	VIALE POETA, 10	Tel:	0742/651429	Cell:	349 3209918	N.D.
18	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO	DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:				TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
	CAT. B	N.D	◘ FOLIGNO; ◘ BEVAGNA; ◘ GUALDO CATTANEO; ◘ MONTEFALCO; ◘ NOCERA UMBRA; ◘ SELLANO; ◘ SPELLO; ◘ TREVI; ◘ VALTOPINA.		◘ Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno: pomeriggio; ◘ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): pomeriggio, sera; ◘ Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernotto).		◘ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ◘ Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente.			◘ Preparazione pasti per l'assistito; ◘ Possesso della patente di guida tipo B; ◘ Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari; ◘ Disponibilità e competenza per lo svolgimento di attività di segretariato sociale.	◘ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.			◘ ubicata a piano terra e/o dotata di ascensore per portatori di handicap; ◘ dotata di servizi igienico sanitari appositi per persone con handicap fisici.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	19128	14/05/2012	BARTOLOMEI	MARUSCA	27/06/1983	FOLIGNO	PG	F	FOLIGNO	VIA SAN SALVATORE, 29	Tel:	N.D.	Cell:	328 6444839	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
19	N.D.	N.D	▫ FOLIGNO; ▫ BEVAGNA; ▫ SPELLO.		▫ Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno: mattina;▫ Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernotto).		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente.			NESSUNA PREFERENZA			▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.		▫ ubicata al centro o zone limitrofe/periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	19205	14/05/2012	KOSYLO	GALYNA	30/01/1959	UCRAINA	EE	F	FOLIGNO	VIA DEL GIGLIO, 52	Tel:	0742 351825	Cell:	335 6224704	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
20	N.D.	N.D	▫ FOLIGNO.		▫ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): mattina, pomeriggio, sera, notte; ▫ Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernotto); ▫ Tutti i giorni con soggiorno presso casa dell'assistito e presenza a tempo pieno e pernottamento.		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente; ▫ Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella); ▫ Assistenza a soggetto non autosufficiente e/o allettato.			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari; ▫ Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari (Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc.).			▫ Presso casa dell'assistito (senza alcuna altra presenza); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di altro parente che ospita l'assistito (in presenza di altri conviventi); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.		▫ dotata di stanza da letto singola per ospitare l'assistente familiare (in caso di pernotto).

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	19256	14/05/2012	KRAVCHYSHYN	MARYANA	25/12/1971	UCRAINA	EE	F	FOLIGNO	VIA G. MATTEOTTI, 17	Tel:	N.D	Cell:	346 6870539	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
21	CAT. B	SI	▫ FOLIGNO; ▫ NOCERA UMBRA; ▫ VALTOPINA.		▫ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): mattina, pomeriggio; ▫ Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernotto).		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente; ▫ Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella); ▫ Assistenza a soggetto non autosufficiente e/o allettato.			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Possesso della patente di guida tipo B; ▫ Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari; ▫ Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari (Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc.); ▫ Disponibilità e competenza per lo svolgimento di attività di segretariato sociale.			▫ Presso casa dell'assistito (senza alcuna altra presenza); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di altro parente che ospita l'assistito (in presenza di altri conviventi); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.		▫ ubicata al centro o zone limitrofe/periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici; ▫ ubicata in periferia scarsamente servita da mezzi pubblici; ▫ ubicata in periferia/campagna raggiungibile solo con mezzo privato.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	19944	16/05/2012	CALOMINO	CARLO	25/10/1964	SAN LUCIDO	CS	M	FOLIGNO	VIA DELLA SOLIDARIETA', 9	Tel:	N.D	Cell:	347 4840349	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
22	CAT. B	N.D	▫ FOLIGNO; ▫ SPELLO; ▫ TREVI.		▫ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): mattina, pomeriggio, sera; ▫ Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernotto).		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente.			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Possesso della patente di guida tipo B.			▫ Presso casa dell'assistito (senza alcuna altra presenza); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge).		▫ ubicata a piano terra e/o dotata di ascensore per portatori di handicap; ▫ dotata di stanza da letto singola per ospitare l'assistente familiare (in caso di pernotto); ▫ ubicata in periferia/campagna raggiungibile solo con mezzo privato.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	20252	17/05/2012	MOFOR	FRANCISCA NGWE	10/03/1980	CAMERUN	EE	F	FOLIGNO	VIA UMBERTO I°, 21	Tel:	N.D	Cell:	328 4748754	francybelle2@yahoo.com
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
23	N.D	N.D	▫ FOLIGNO.		▫ Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno: mattina, sera; ▫ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): mattina, sera; ▫ Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernotto).		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente.			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Disponibilità e competenza per lo svolgimento di attività di segretariato sociale.			▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti).		▫ dotata di servizi igienici destinati esclusivamente all'assistente familiare.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	20678	19/05/2012	CHEMSEDDINE	KHADDOUJ	01/01/1963	MAROCCO	EE	F	FOLIGNO	VIA I° MAGGIO, 46	Tel:	N.D	Cell:	327 481399	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
24	N.D	N.D	▫ FOLIGNO.		▫ Tutti i giorni con soggiorno presso casa dell'assistito e presenza a tempo pieno e pernottamento.		▫ Assistenza a soggetto non autosufficiente e/o allettato.			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari.			▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.		▫ ubicata al centro o zone limitrofe/periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	20739	21/05/2012	BALDARELLI	DANIELA	30/06/1974	FOLIGNO	PG	F	FOLIGNO	VIA FONTEVECCHIA, 21	Tel:	0742 670772	Cell:	320 0794295	danielabaldarelli@gmail.com
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
25	CAT. B	SI	▫ FOLIGNO; ▫ BEVAGNA; ▫ MONTEFALCO; ▫ SPELLO; ▫ TREVI.		▫ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): mattina, pomeriggio, sera.		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente; ▫ Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella).			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Possesso della patente di guida tipo B; ▫ Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari; ▫ Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari (Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc.).			▫ Presso casa dell'assistito (senza alcuna altra presenza); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.		▫ ubicata a piano terra e/o dotata di ascensore per portatori di handicap; ▫ dotata di servizi igienico sanitari appositi per persone con handicap fisici; ▫ dotata di servizi igienici destinati esclusivamente all'assistente familiare; ▫ ubicata al centro o zone limitrofe/periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici; ▫ ubicata in periferia scarsamente servita da mezzi pubblici.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	20990	22/05/2012	EL GAMRAOUI	FATIMA	10/03/1985	MAROCCO	EE	F	FOLIGNO	VIA DEI MONASTERI, 12	Tel:	N.D.	Cell:	389 0929287	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
26	N.D.	N.D.	▫ FOLIGNO.		▫ Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno: mattina; ▫ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): mattina.		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente.			▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Disponibilità e competenza per lo svolgimento di attività di segretariato sociale.				▫ Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di altro parente che ospita l'assistito (in presenza di altri conviventi); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.		▫ ubicata al centro o zone limitrofe/periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	21098	22/05/2012	SILVA	LUZ MARINA	28/09/1965	PERU'	EE	F	FOLIGNO	VIA SALARI, 4	Tel:	0742 342775	Cell:	327 4585665 348 6568860	marinasilro@hotmail.com
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
27	N.D.	N.D.	▫ INTERO TERRITORIO DELLA ZONA SOCIALE		▫ Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno: mattina, pomeriggio.		▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente			NON SPEFIFICATO			▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.		▫ ubicata al centro o zone limitrofe/periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	24183	08/06/2012	ALIXANDRICA	ANITA	11/12/1970	ROMANIA	EE	F	TREVI	VIA BOLOGNA 34, FR. BORGO	Tel:	N.D.	Cell:	3294597689	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
28	CAT. B	SI	▫ INTERO TERRITORIO DELLA ZONA SOCIALE		▫ Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernotto).		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente; ▫ Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella); ▫ Assistenza a soggetto non autosufficiente e/o allettato.			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Possesso della patente di guida tipo B; ▫ Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari (Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc.).		▫ Presso casa dell'assistito (senza alcuna altra presenza); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di altro parente che ospita l'assistito (in presenza di altri conviventi); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.	NESSUNA PREFERENZA

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	26033	21/06/2012	VLASE	CECILIA	16/10/1959	ROMANIA	EE	F	FOLIGNO	VIA GRAN SASSO 18	Tel:	N.D.	Cell:	3885616460	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
29	N.D.	SI	▫ FOLIGNO; ▫ BEVAGNA;▫ SPELLO; ▫ TREVI.		▫ Tutti i giorni con soggiorno presso casa dell'assistito e presenza a tempo pieno e pernottamento.		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente; ▫ Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella); ▫ Assistenza a soggetto non autosufficiente e/o allettato.			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari; ▫ Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari (Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc.); ▫ Disponibilità e competenza per lo svolgimento di attività di segretariato sociale		▫ Presso casa dell'assistito (senza alcuna altra presenza); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.	▫ ubicata a piano terra e/o dotata di ascensore per portatori di handicap; ▫ dotata di servizi igienico sanitari appositi per persone con handicap fisici; ▫ dotata di stanza da letto singola per ospitare l'assistente familiare (in caso di pernotto); ▫ dotata di posto letto in stanza da condividere (in caso di pernotto) ▫ dotata di servizi igienici destinati esclusivamente all'assistente familiare; ▫ ubicata al centro o zone limitrofe/periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici.

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	35563	28/08/2012	NGEFOR	GRACE ASAAH	08/06/1961	CAMERUN	EE	F	MONTEFALCO	LOC. BOLZELLA, 54-FABBRI	Tel:	N.D.	Cell:	3273324357	N.D.
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
30	CAT. B	N.D.	▫ FOLIGNO; ▫ BEVAGNA; ▫ GUALDO CATTANEO; ▫ MONTEFALCO; ▫ NOCERA UMBRA; ▫ SELLANO; ▫ SPELLO; ▫ TREVI; ▫ VALTOPINA; ▫ INTERO TERRITORIO DELLA ZONA SOCIALE.		▫ Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno: mattina, pomeriggio, sera; ▫ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): mattina, pomeriggio.		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente; ▫ Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella); ▫ Assistenza a soggetto non autosufficiente e/o allettato.			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Possesso della patente di guida tipo B; ▫ Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari; ▫ Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari (Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc.).		▫ Presso casa dell'assistito (in presenza del coniuge); ▫ Presso casa dell'assistito (in presenza di Figli e/o altri parenti); ▫ Presso casa di altro parente che ospita l'assistito (in presenza di altri conviventi); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.	NESSUNA PREFERENZA

NUMERO ISCRIZIONE AL REGISTRO	N° PROT	DATA PROT.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	SESSO	COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA	RECAPITO TELEFONICO				CONTATTO E-MAIL
	39188	24/09/2012	PESCE	IMMACOLATA	19/04/1967	OTTAVIANO	NA	F	BEVAGNA	PIAZZA SAN FILIPPO, 3	Tel:	N.D.	Cell:	3389226312	pesceimmacolata@gmail.com
	CATEGORIA PATENTE	AUTOMUNITO	COMUNI IN CUI SI E' DISPONIBILI A PRESTARE IL SERVIZIO		DISPONIBILITA' ORARIA		TIPOLOGIA E CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO OFFERTO			ALTRE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA OFFERTO			DISPONIBILE A PRESTARE SERVIZIO PRESSO:		TIPOLOGIA E REQUISITI DELLA SEDE DEL SERVIZIO
31	CAT. B	N.D.	▫ FOLIGNO; ▫ BEVAGNA; ▫ GUALDO CATTANEO; ▫ MONTEFALCO; ▫ NOCERA UMBRA; ▫ SELLANO; ▫ SPELLO; ▫ TREVI; ▫ VALTOPINA; ▫ INTERO TERRITORIO DELLA ZONA SOCIALE.		▫ Orario stabilito per 2/3 giorni a settimana per meno di 4/5 ore al giorno di mattina e pomeriggio; ▫ Tutti i giorni con presenza part time (4/5 ore al giorno): mattina, pomeriggio; ▫ Tutti i giorni con presenza a tempo pieno (8 ore al giorno ma senza pernotto)		▫ Assistenza a soggetto autonomo e autosufficiente fisicamente e psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente fisicamente ma non psicologicamente; ▫ Assistenza a soggetto autosufficiente psicologicamente ma non fisicamente; ▫ Assistenza a soggetto con problemi di deambulazione (è in carrozzella).			▫ Preparazione pasti per l'assistito; ▫ Svolgimento di attività connesse alla cura e igiene personale dell'assistito a alle esigenze del vitto e della pulizia della casa; ▫ Possesso della patente di guida tipo B; ▫ Attività di assistenza alla somministrazione di presidi sanitari; ▫ Utilizzo di attrezzature specifiche, apparecchi e ausili sanitari (Utilizzo apparecchiature tipo, sollevatori, padelle, deambulatori etc.); ▫ Disponibilità e competenza per lo svolgimento di attività di segretariato sociale		▫ Presso casa dell'assistito (senza alcuna altra presenza); ▫ Presso casa di cura/servizi ospedalieri/Istituti.	▫ ubicata a piano terra e/o dotata di ascensore per portatori di handicap; ▫ dotata di servizi igienico sanitari appositi per persone con handicap fisici; ▫ dotata di stanza da letto singola per ospitare l'assistente familiare (in caso di pernotto); ▫ dotata di posto letto in stanza da condividere (in caso di pernotto) ▫ dotata di servizi igienici destinati esclusivamente all'assistente familiare; ▫ ubicata al centro o zone limitrofe/periferie del nucleo urbano, ben servita da mezzi pubblici; ▫ ubicata in periferia scarsamente servita da mezzi pubblici; ▫ ubicata in periferia/campagna raggiungibile solo con mezzo privato.