

PROGETTO SALUTE A CASA 5 AZIONE 4) – DOMANDA (Allegato 1)
CODICE PROGETTO: 312738

DATI POTENZIALE BENEFICIARIO:

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Comune di residenza _____ Indirizzo _____
telefono _____
Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____
Sesso: *maschio* ☐ *femmina* ☐
Medico MMG _____ TEL. _____

SEGNALANTE (genitore/tutore):

Cognome _____ Nome _____ A titolo di _____ Indirizzo _____
telefono _____

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diverso dal segnalante):

Cognome _____ Nome _____ In qualità di _____
Indirizzo _____ telefono _____

INFORMAZIONI

1) Il minore ha già fatto altre valutazioni UVMD?	SI	NO
2) Il minore è in carico ai servizi specialistici? Quali?	SI	NO
3) <i>Certificazione di Handicap</i>	SI	NO

Note

FIRMA DEL SEGNALANTE

Data e ora di ricezione domanda _____

Firma dell'operatore ricevente _____