

ALLEGATO B

Zona Distretto Versilia: richiesta Buono servizio per la presa in carico delle persone affette da demenza - Progetto Help Service 3

DATI DEL BENEFICIARIO DEL BUONO SERVIZIO:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ Indirizzo _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Medico MMG _____

SEGNALANTE:

Cognome _____ Nome _____

A titolo di (es. Amministratore di sostegno, tutore, familiare – indicare il grado di parentela) _____

Indirizzo _____ Telefono _____

E-mail _____

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diverso dal segnalante):

Cognome _____ Nome _____

In qualità di _____

Indirizzo _____ telefono _____

E-mail _____

INFORMAZIONI

Indagine valutazioni pregresse La persona ha già fatto altre valutazioni UVM?	SI	NO
Diagnosi La persona è in possesso di una diagnosi di demenza/Alzheimer rilasciata dal medico specialista ASL?	SI	NO

Data _____

Firma del beneficiario del buono/amministratore di sostegno/tutore _____

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 03/04/2025 15:53:59

IMPRONTA: 62633233353864383631643037633137636134393330623333363533346431366630376638643730