

PROGETTO ATTIVAMENTE - AZIONE 2) – DOMANDA (Allegato 1)

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:

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

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diverso dal segnalante):

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

INFORMAZIONI

Indagine valutazioni pregresse	SI	NO
1) La persona ha già fatto altre valutazioni UVM?		
Assistenza		
2) La persona è in possesso di un contratto di lavoro per assistente familiare?	SI	NO

Note

FIRMA DEL SEGNALANTE

Data e ora di ricezione domanda _____

Firma dell'operatore ricevente _____