

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

1) La persona ha già fatto altre valutazioni UVM?

SI

NO

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 _____