

**PROGETTO SQUAD – SVILUPPO QUALITA' ASSISTENZA DOMICILIARE**  
**- AZIONE 2 – DOMANDA (Allegato 1)**

**DATI POTENZIALE BENEFICIARIO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

CELL. / TELEFONO

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

Sesso :      maschio       femmina

Medici MMG \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**SEGNALANTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a titolo \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**PERSONA DI RIFERIMENTO (se diverso dal segnalante):**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a titolo \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI**

<b>Indagine valutazione pregresse</b> 1 – La persona ha già fatto altre valutazioni UVM?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Assistenza</b> 2 – La persona è in possesso di un contratto di lavoro per assistente familiare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Note \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SEGNALANTE**

Data e ora di ricezione domanda

\_\_\_\_\_

Firma dell'operatore ricevente