



Fondo per lo Sviluppo  
e la Coesione



Regione Toscana



Azienda  
USL  
Toscana  
nord ovest  
Servizio Sanitario della Toscana



assistenza continua  
alla persona non autosufficiente

**PROGETTO SALUTE A CASA 2 - AZIONE 3) – DOMANDA (Allegato 1)**  
**CODICE PROGETTO: 290193**

**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**

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

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SEGNALANTE**

Data e ora di ricezione domanda \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore ricevente \_\_\_\_\_