

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

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 _____