



PROGETTO SALUTE A CASA 2- AZIONE 2) – 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

<i>Indagine valutazioni pregresse</i>	SI	NO
1) La persona ha già fatto altre valutazioni UVM?		
<i>Diagnosi</i>	SI	NO
2) La persona è in possesso di una diagnosi di Alzheimer/demenza?		

Note _____

FIRMA DEL SEGNALANTE

Data e ora di ricezione domanda _____

Firma dell'operatore ricevente _____