



**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**

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

**Note** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SEGNALANTE**

\_\_\_\_\_

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

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