

## ALLEGATO B

**Zona Distretto Versilia: richiesta Buono servizio per la presa in carico delle persone affette da demenza - Progetto Help Service**

### DATI DEL BENEFICIARIO:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Medico MMG \_\_\_\_\_

### SEGNALANTE:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

A titolo di (es. Amministratore di sostegno, tutore, familiare – indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

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

E-mail \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI

<i>Indagine valutazioni pregresse</i> La persona ha già fatto altre valutazioni UVM?	SI	NO
<i>Diagnosi</i> La persona è in possesso di una diagnosi di demenza/Alzheimer rilasciata dal medico specialista ASL?	SI	NO

Note:

---

---

---

---

---

FIRMA DEL SEGNALANTE

---

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 23/03/2022 12:14:12

IMPRONTA: 30313035666637363664386139613233353436313531306631616531333131333230363939396134