

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: 303130356666373636643861396132333534363135313066316165313331313332303639396134