



PROGETTO SALUTE A CASA TER- AZIONE 2 Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza – DOMANDA
CODICE PROGETTO: 301846

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/ PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome _____ Nome _____ A titolo di _____
Indirizzo _____ telefono _____

INFORMAZIONI

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

Note _____

FIRMA DEL SEGNALANTE

N.B NECESSARIO ALLEGARE DOCUMENTI D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL SOTTOSCRITTORE DELLA DOMANDA E DEL POTENZIALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE.