



**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**

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

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

**FIRMA DEL SEGNALANTE**