



**Sostegno ai servizi di cura domiciliare - bis**

**PROGETTO SALUTE A CASA TER- AZIONE 3 Ampliamento dei servizi di cura domiciliare – DOMANDA (Allegato 1)**  
**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**

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