



**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**

|   |    |    |
|---|----|----|
| <b>Indagine valutazioni pregresse</b>                             |    |    |
| 1) La persona ha già fatto altre valutazioni UVM?                 | SI | NO |
| <b>Diagnosi</b>   |    |    |
| 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.**