

Allegato 1: Modulo di Domanda Azione 3

SOCIETÀ della SALUTE SENESE

Progetto RETE

CODICE 309120 - CUP I69I23000350001

AZIONE 3 “Ampliamento del servizio di assistenza familiare”

Domanda di assegnazione buono servizio

DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE IL BUONO SERVIZIO

Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita..... Data nascita

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesso: *maschio* *femmina* Cittadinanza.....

Stato civile..... Titolo di studio.....

Residenza: *Domicilio sanitario:*

Regione..... *Regione* _____

Comune..... *Comune* _____

Indirizzo..... *Indirizzo* _____

Az. USL..... *Az. USL* _____

Reperibilità:

Regione _____ Comune _____

Indirizzo _____

Az. USL _____

Medico di Medicina Generale dell'assistito:

Nome.....Cognome.....

Codice fiscale.....

Firma.....

*NOTA: la firma può essere apposta da un familiari/tutore o amministratore di sostegno.
(Nel caso indicare figlia/o, Amm.re Sost.; ecc... e allegare documento d'identità)*



SEGNALAZIONE

Tipo segnalazione: *primo contatto* *richiesta valutazione successiva non programmata*

Segnalatore:

Cognome.....Nome.....

In qualità di

Indirizzo segnalatore.....

N. telefono segnalatore.....

Indirizzo e.mail: (verrà utilizzato per le comunicazioni relative al Progetto RETE)

.....

Data

Firma segnalante.....

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diversa dal segnalante)

Cognome _____ Nome _____

In qualità di _____

Indirizzo _____

N. telefono _____ **e.mail** _____

E' compito del richiedente richiedere ed aggiornare la relativa dichiarazione.

Allegati obbligatori:

1. Scheda clinica redatta dal medico di famiglia.
2. Scheda di iscrizione FSC.

PARTE DA NON COMPILARE

RICHIESTA di assegnazione Buono Servizio Azione 3 - Progetto RETE.

PRIMA VALUTAZIONE GRUPPO DI PROGETTO

Caso semplice: sociale sanitario Caso complesso Caso urgente

DATA CHIUSURA SCHEDA

RUOLO/FIRMA OPERATORE

.....

.....