

**Modulo di Domanda - Azione 2**

**SOCIETÀ della SALUTE SENESE**

**Progetto INSIEME**

**“INterventi di Sostegno sul terrtorio sEnese alla cura doMiciliarE”  
(cod. 312736 - Codice CUP I69G24000010006)**

**Domanda di richiesta di 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 \_\_\_\_\_

**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)*

**Medico di Medicina Generale dell'assistito:**

**Nome**.....**Cognome**.....

**Codice fiscale**.....

## 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 di iscrizione FSC - cfr. Allegato 8;
2. Informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali;
3. Scheda clinica redatta dal medico di famiglia;
4. Documenti di identità;
5. Valutazione specialistica effettuata dal Dott.:

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

in data .....

La valutazione specialistica del Servizio Pubblico dovrà essere aggiornata agli ultimi 6 mesi dalla data di presentazione della domanda