

Scheda di Accesso e segnalazione del bisogno

(ai sensi dell'art. 9 L.R. 66/2008)



DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

Cognome Nome

Luogo di nascita Data nascita

Codice Fiscale Recapito telefonico

Residenza (indirizzo, comune, prov)

Domicilio sanitario (se diverso dalla residenza)(indirizzo, comune, prov)

Sesso: *maschio* *femmina* Cittadinanza

Medico assistito: MMG Pediatra di F.

Cognome Nome

Certificazione L. 104/92 SI NO non so

se SI: in gravità SI NO non so

Invalidità SI NO non so

se SI: con accompagnamento SI NO non so
100% altra (specificare) %

SEGNALAZIONE

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

Segnalatore (se diverso dall'interessato):

Cognome Nome

Rapporto con l'interessato Indirizzo

Recapito telefonico

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diversa dal segnalatore)

Cognome Nome

A titolo di

Indirizzo Recapito telefonico

Indirizzo mail.....

TIPOLOGIA DEL BISOGNO ESPRESSO

Semplice: sociale sanitario Complesso Urgente

..... (breve descrizione)

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

.....