

DOMANDA (Allegato 1)

Progetto: Contributi e Assistenza Domiciliare Lunigiana Ospedale e Territorio (CAmeLOT)

AZIONE 4) Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità

Codice progetto S.I. FSE: 312745

CUP D69G24000010006

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 (genitore/tutore):

Cognome _____ Nome _____
 A titolo di _____
 Indirizzo _____ telefono _____

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diverso dal segnalante):

Cognome _____ Nome _____
 In qualità di _____
 Indirizzo _____ telefono _____

INFORMAZIONI

<p>1) Il minore ha già fatto altre valutazioni UVMD ? In caso affermativo, indicare di quali interventi usufruisce</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	SI	NO
<p>2) Il minore è in carico a UFSMIA o altro Servizio specialistico? In caso affermativo, indicare di quali prestazioni usufruisce</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	SI	NO

<p>3) Certificazione di Handicap</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>L.104/92</p> <p>Art.3 comma 1</p>	<p>L.104/ 92</p> <p>Art.3 comma 3</p>
--	---	--

Note:

FIRMA DEL SEGNALANTE
