

## Scheda di Accesso e Segnalazione del bisogno

### DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_  
 Sesso M  F  Cittadinanza \_\_\_\_\_  
 Stato Civile \_\_\_\_\_ Titolo di Studio \_\_\_\_\_  
 Residenza Comune \_\_\_\_\_ Domicilio Comune \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
 MMG \_\_\_\_\_ Pediatra \_\_\_\_\_

<b>Certificazione L. 104/92</b>	si	no	non so
Se SI: in gravità	si	no	non so
<b>Invalidità</b>	si	no	non so
Se SI: con accompagnamento	si	no	non so
	100%	altra (specificare).....	

**Diagnosi:** \_\_\_\_\_

**Specialista di riferimento** \_\_\_\_\_

### SEGNALAZIONE

Tipo segnalazione:  primo contatto  richiesta valutazione successiva  
 Segnalatore: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 A titolo di \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 A titolo di \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### PRIMA VALUTAZIONE GRUPPO DI PROGETTO

Caso semplice: sociale  sanitario  Caso complesso  Caso urgente

LUOGO E DATA

RUOLO/FIRMA OPERATORE