



SCHEMA ANAGRAFICA

Cognome _____ Nome _____ M F

Cognome del coniuge _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____ N° _____ Sc. _____ piano _____

Citofono _____ telefono _____ Cellulare _____

Residenza anagrafica (solo se è diversa dal domicilio abituale) _____

C. F. _____ Stato civile _____

Vive solo NO SI con chi? Parente stretto Vicino di casa Altro Nessuno

Cognome e nome della persona con cui abita _____

Legame _____ Tel. Casa _____ Tel. Lavoro _____

Persona o parente da contattare in caso di emergenza _____

Telefono: _____ Indirizzo: _____

Esenzione Ticket: NO SI Quale: _____ N°: _____

Prima istanza di invalidità: NO SI Data: _____ N° di Protocollo: _____

Riconoscimento invalidità: NO SI _____ % dal _____ Indennità di accompagnamento: NO SI

Presidi già assegnati: _____

Sedia a rotelle Lettino antidecubito Materassino Aspiratore Pannoloni

Altro _____

Necessità a suo avviso di _____

Medico curante Dr.: _____ n. cod: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Note _____

Firma del Familiare o compilatore

Data _____