

AL DISTRETTO SOCIO – SANITARIO
DI SESTO FIORENTINO

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via/P.zza _____

Telef. _____

Medico Curante _____

CHIEDE

Di essere sottoposto/a alla valutazione del grado di non autosufficienza e a tal fine allega la scheda del medico curante.

Telefono di familiari di riferimento _____

Indirizzo presso cui si trova l'anziano da sottoporre a visita (se diverso da quello di residenza: ospedale; abitazione; altro):

FIRMA DEL DICHIARANTE

Data _____

