|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| DATA DI COMPILAZIONE |  |
| NOME DELL’OPERATORE |  |

|  |
| --- |
| DATI DEL RICHIEDENTE |
| NOME E COGNOME |  |
| SESSO | * F
 | * M
 |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA |  |
| COMUNE E ZONA (se di Milano) |  |
| TELEFONO |  |
| E-MAIL |  |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| RELAZIONE CON IL BENEFICIARIO | * genitore
* figlio
* parente: *(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
 | * care giver: *(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* conoscente
* altro: *(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
 |

|  |
| --- |
| DATI DEL BENEFICIARIO  |
| NOME E COGNOME |  |
| SESSO | * F
 | * M
 |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA |  |
| COMUNE E ZONA DEL DECENTRAMENTO se a Milano |  |
| TELEFONO |  |
| E-MAIL |  |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| CITTADINANZA | □ italiana□ non italiana, quale |
| INVALIDITÀ | □ no□ si: *(specificare percentuale)* |  |
| UTILIZZO DI SERVIZI E RISORSE DEL TERRITORIO *(INDICARE I REFERENTI DEI SINGOLI SERVIZI)* | * Pubblici *( quali):*
* Privati *(quali):*
 |  |

|  |
| --- |
| PROFILO DEL BENEFICIARIO  |
|  | **Analisi della situazione del beneficiario*** Composizione del nucleo familiare (*indicare le persone che vivono con il beneficiario):*
* Parenti che hanno un rapporto significativo con il beneficiario

**Patologie*** Diabete
* Ipertensione
* Cardiopatie
* Alzheimer
* Decadimento fisico
* Ictus
* Demenza Senile
* Oncologico
* Disabile
* Parkinson
* altro: *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| TERAPIA FARMACOLOGICA |
| PASTIGLIE | □ SISE SI QUANTE:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | L | M | M | G | V | S | D |
| MATTINO |  |  |  |  |  |  |  |
| POMERIGGIO |  |  |  |  |  |  |  |
| SERA |  |  |  |  |  |  |  |

□ NO |  |