



RICHIESTA DI VALUTAZIONE TECNICA DOMICILIARE PER AUSILI

ASSISTITO _____ NATO IL _____

TESSERA SANITARIA/C.F. _____ RESIDENTE A _____

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO _____

PERSONA DI RIFERIMENTO _____ TELEFONO _____

LUOGO DI CONSEGNA _____ VIA _____ N° _____

AFFETTO DA /MOTIVO PER CUI SI RICHIEDE LA CONSULENZA _____

SUSSISTENZA DI

INVALIDITA' CIVILE (COMPATIBILE CON L'AUSILIO PRESCRITTO)

PRESENTAZIONE DOMANDA DI INVALIDITA' CIVILE

ADI (I e II LIVELLO)

SI RICHIEDE:

VALUTAZIONE PER MATERASSO ANTIDECUBITO

VALUTAZIONE PER AUSILI PER LA MOBILITA'

EVENTUALI PRESIDI DA RITIRARE _____

DATA _____

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE