
 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<h2>SCHEDA DI SEGNALAZIONE</h2>	<p><b>Pr.62-Mod 1</b></p> <p>Rev. 0</p> <hr/> <p><b>Data: 18/10/2017</b></p> <hr/> <p><b>Pagina 1 di 4</b></p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>		

**Direzione Socio Sanitaria**  
**Dipartimento Bassa Intensità/R.I.C.C.A.**  
**UOC Disabilità ed Integrazione Sociale**  
**Resp. Dott.ssa Marisa Pariscenti**

Data di compilazione \_\_\_\_\_

Servizio inviante \_\_\_\_\_

Operatore/i di riferimento \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Altri Servizi coinvolti \_\_\_\_\_

Operatore/i di riferimento \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso                    M                    F

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_

fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Stato civile: Celibe ; Nubile ; Coniugato/a ; Convivente ; Separato/a ; Divorziato ; Vedovo/a

**INFORMAZIONI SANITARIE**

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

Medico curante \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_



Medico specialista o servizio specialistico \_\_\_\_\_

Assunzione farmaci                     SI                     NO Quali? \_\_\_\_\_

In modo autonomo                     SI                     NO





 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<h2>SCHEMA DI SEGNALEZIONE</h2>	<p><b>Pr.62-Mod 1</b></p> <p>Rev. 0</p> <hr/> <p><b>Data: 18/10/2017</b></p> <hr/> <p><b>Pagina 4 di 4</b></p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>		

**N.B.**

**ADESIONE ALLA SEGNALEZIONE ED AUTORIZZAZIONE ALLA RICHIESTA DI VALUTAZIONE  
( deve firmare l'interessato, a meno che non sia stato nominato un tutore o amministratore  
di sostegno, pena la decadenza della segnalazione)**

NOME.....

COGNOME.....

luogo, data .....

Firma del soggetto  
(tutore/Amministratore di sostegno)

---

**E' NECESSARIO ALLEGARE:**

- Documentazione sanitaria specialistica;
- Copia del certificato di invalidità civile;
- Copia del verbale della legge 104/92 e legge 68/99 (se presenti);
- Copia del provvedimento di nomina del Tutore, AdS (se presenti).