

**SCHEDA PER RICHIESTA DI ALLACCIAMENTO UTENZA INVIATA DAL:**

COMUNE DI ..... TEL ..... FAX .....

**1) DATI ANAGRAFICI UTENTE**

Cognome e Nome ..... Cognome da Coniugata .....  
Nato /a il ..... a ..... stato civile .....  
Residente a ..... in Via ..... nr .....  
Località ..... Tel ..... Cell. ....

**2) DATI ANAGRAFICI CONVIVENTE**

Cognome e Nome ..... Cognome da Coniugata .....  
Nata/a il ..... a ..... stato civile.....  
Altro Recapito .....  
Tel ..... Cellulare.....

**3) DATI DA COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE PER L'ALLACCIAMENTO**

a) Persona da contattare per l'attivazione (parenti, vicini, ecc.)

Cognome e Nome ..... Tel .....  
Cellulare .....

b) Assistente Sociale Responsabile del caso

Cognome e Nome ..... Tel.....

c) Medico di base

Cognome e Nome ..... Tel .....  
abitazione .....

Tel ambulatorio ..... Tel Cellulare .....

Altri recapiti .....

**4) ALTRI DATI DI CUI SAREBBE UTILE LA COMUNICAZIONE (non obbligatoria)**

a) Nominativi Potenziali Soccorritori (parenti, vicini, amici ecc):

\*C : evidenziare con SI O NO chi ha le chiavi

\*PRIORITA': segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza.

| Cognome e Nome | Via | Paese | Tel.Abit | Tel.Uff. | C* | Priorità* |
|----------------|-----|-------|----------|----------|----|-----------|
|                |     |       |          |          |    |           |
|                |     |       |          |          |    |           |
|                |     |       |          |          |    |           |
|                |     |       |          |          |    |           |
|                |     |       |          |          |    |           |
|                |     |       |          |          |    |           |
|                |     |       |          |          |    |           |
|                |     |       |          |          |    |           |

Assistenza domiciliare/infermieristica:

| Cognome e Nome | Giorno e h. di presenza dall'Ut. | Tel. Abit | Tel. Uff. | Chiavi | Ente |
|----------------|----------------------------------|-----------|-----------|--------|------|
|                |                                  |           |           |        |      |
|                |                                  |           |           |        |      |

b) Parrocchia di appartenenza ..... telefono .....

b) Patologie utente .....  
 .....

c) Patologie convivente .....

d) Altre segnalazioni e/o telefoni utili.....  
 .....

Data .....

Firma .....