



All'U.O. Dipartimentale Fragilità e Cure Intermedie  
DSS Catanzaro  
C.D.C.D. - Catanzaro Lido

DOMANDA di

|            |
|------------|
| Prot. .... |
| Data ..... |

**VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (VALUT. D'EQUIPE)**

|           |
|-----------|
| Fascicolo |
| n.        |

**Assistito** ..... Nato a ..... Il .....

Residente a ..... Via ..... n. ....

Codice Fiscale.....

Ricoverato in struttura :     SI                       NO

Richiedente ..... Nato a ..... Il .....

Residente a ..... Via ..... n. ....

Telefono..... Cellulare.....

in qualità di:     familiare     tutore     delegato    altro.....

**CHIEDE**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> per il proprio familiare |  |
| <input type="checkbox"/> per se stesso            |  |

**VISITA GERIATRICA DOMICILIARE AI SENSI DELLA CIRC. MIN. 36/98**

**allega alla presente**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> richiesta del medico curante |
| .....   |
| si comunica che trattasi di:                          |

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | prima visita |
| <input type="checkbox"/> | controllo    |

Data..... Firma .....