

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto Dottor

Codice fiscale Codice regionale

Ambulatorio in via CAP Città

Recapito telefonico..... E-mail

nella qualità di Medico di Medicina Generale in data compila la presente
scheda relativa al proprio paziente:

Nome Cognome

Nato/a il a

Residente a in via

Codice Fiscale

VALUTAZIONE DEL MMG:

Si dichiara che il Sig/ra _____

può essere inserito/a in RSA nei posti riservati ad anziani NON AUTOSUFFICIENTI media intensità
assistenziale / non autosufficienza stabilizzata, tipologia base ⁽¹⁾.

Firma e timbro del MMG _____

(1) DPRG 9 gennaio 2018, n. 2/R Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41
(Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).