

**COMUNE DI TIVOLI  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO G3**

A

H

**CERTIFICAZIONE SANITARIA DELL'UTENTE (A CURA DEL MEDICO CURANTE)**

UTENTE

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domiciliato presso \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Patologie sanitarie di rilievo
--------------------------------


Data compilazione

\_\_\_\_\_

Firma Medico Curante

\_\_\_\_\_

## SCHEDA NON AUTOSUFFICIENZA

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

### GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

#### PATOLOGIE

- Non presenti
- In via di guarigione
- Croniche
- Degenerative

#### IGIENE PERSONALE

- Non autosufficiente
- Necessita di aiuto
- Autosufficiente

#### VESTIZIONE

- Non autosufficiente
- Necessita di aiuto
- Autosufficiente

#### ALIMENTAZIONE

- Non autosufficiente
- Necessita di aiuto
- Autosufficiente

#### MOBILITAZIONE IN CASA E ALL'ESTERNO

- Non autosufficiente
- Necessita di aiuto
- Autosufficiente

#### ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE

- Non orientato
- Parzialmente orientato
- Ben orientato

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici per la presente prestazione e per dati statistici ai sensi della L. 196/2003**