

## Progetto "Piano di prevenzione dell'immobilità dell'anziano e del grande anziano".

AL DISTRETTO SANITARIO DI

---

OGGETTO: RICHIESTA DI VALUTAZIONE

IL SOTTOSCRITTO DOTT. / DOTT.SSA \_\_\_\_\_

NUMERO DI CODICE REGIONALE \_\_\_\_\_

RICHIEDE PER IL PROPRIO ASSISTITO/A \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

IN VIA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

VALUTAZIONE PER EVENTUALE INSERIMENTO IN ATTIVITA' DI RECUPERO MOTORIO.

TRATTASI DI SOGGETTO DI ANNI =>65 A RISCHIO DI RIDUZIONE DELLA MOBILITA'.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE