

ASST di VIMERCATE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE



Scheda di segnalazione per invio al Programma Innovativo “Salute Mentale e Rete per la Disabilità Complessa” presso il Centro Polivalente di Usmate (MB)

Servizio inviante _____

Specialista inviante _____

Il Servizio inviante dichiara di aver acquisito il consenso al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Utente anche per la finalità di questa segnalazione e si impegna a fornire, su richiesta dell'ASST di Vimercate, l'Informativa sul trattamento dei dati personali e particolari del Servizio e copia della documentazione dell'avvenuta acquisizione del consenso da parte dell'Utente.

Dati Utente:

Cognome e nome: _____

data di nascita: _____ luogo di nascita _____

indirizzo _____ città _____ CAP. _____

Dati componenti della famiglia:

Cognome e nome del padre (segnalare se naturale o adottivo o affidatario):

telefono _____ cellulare _____

indirizzo di posta elettronica _____

Cognome e nome della madre (segnalare se naturale o adottiva o affidataria)

telefono _____ cellulare _____

indirizzo di posta elettronica _____

Fratelli e sorelle in ordine di nascita _____

Segnalare la presenza di eventuali altre problematiche cliniche o sociali nel nucleo familiare

Diagnosi attuale _____

Codice Icd10 _____

Percorso scolastico _____

Referenti territoriali (segnalare n. telefono) _____

Referenti clinici (segnalare n. telefono) _____

Motivo della segnalazione _____

Inviare la scheda a: graziella.lucchini@asst-vimercate.it