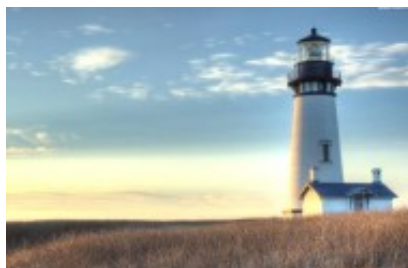


Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Brianza



Scheda di segnalazione per invio al Programma Innovativo “Salute Mentale e Rete per la Disabilità Complessa”

Servizio inviante _____ Tel. _____

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 Brianza, 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 _____ Prov. _____

Indirizzo _____ Città _____ CAP. _____

 CODICE FISCALE _____

Dati componenti della famiglia:

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

Telefono _____ indirizzo di posta elettronica _____

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

telefono _____ 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 _____

- Percorso scolastico _____

Referenti territoriali (segnalare n. telefono) _____

Referenti clinici (segnalare n. telefono) _____

Motivo della segnalazione _____

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