

SCHEDA ANAGRAFICA**COGNOME:** **NOME:**.....**DATI DELLA PERSONA**

Data di nascita

M / F

Luogo di nascita

Nazionalità

Comune di residenza

Indirizzo

Recapito telefonico

Domicilio sanitario
(se diverso da residenza)

Codice fiscale

Stato civile

Professione

Accertamento handicap
L. 104/92 (data)

Gravità (S/N)

Riconoscimento Invalidità (data)

Invalidità (%)

Accompagnamento (S/N)

Indennità di frequenza (S/N)

Commissione medico-legale
(revisione – mese/anno)Tipologia handicap
(psichico- fisico- plurihandicap-
sensoriale)

Diagnosi sanitaria (ICD 10)

Iscrizione collocamento
(L. 68/99) S/N

DATI DEL FAMILIARE DI RIFERIMENTO E/O RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome

Recapito telefonico

Familiare (S/N)

Rappresentante legale (S/N)

Amministratore di sostegno (S/N)

Tutore (S/N)

Procuratore (S/N)

Curatore (S/N)

DATI MEDICO DI BASE / PEDIATRA DI FAMIGLIA

Nome e Cognome

Recapito telefonico

Indirizzo ambulatorio

DATI SPECIALISTA DI RIFERIMENTO (se presente)

Qualifica

Nome e Cognome

Recapito telefonico

Indirizzo ambulatorio
