



## SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto Dottor .....

Codice fiscale ..... Codice regionale .....

Ambulatorio in via ..... CAP ..... Città .....

Recapito telefonico ..... E-mail .....

nella qualità di Medico di Medicina Generale in data ..... compila la presente scheda relativa al proprio paziente:

Nome ..... Cognome .....

Nato/a il ..... a .....

Residente a ..... in via .....

Codice Fiscale .....

### VALUTAZIONE DEL MMG:

Si dichiara che il Sig.r/ra \_\_\_\_\_

**può essere inserito/a in RSA nei posti riservati ad anziani NON AUTOSUFFICIENTI media intensità assistenziale / non autosufficienza stabilizzata, tipologia base <sup>(1)</sup>.**

Firma e timbro del MMG \_\_\_\_\_

(1) DPRG 9 gennaio 2018, n. 2/R Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).