

CONSENSO ALLA VALUTAZIONE APPROFONDATA SOCIO-SANITARIA

A) Il/La/I sottoscritto/a/idà il proprio consenso all'approfondimento valutativo e alla messa a punto eventuale di un progetto personalizzato

Data _____

Firma (da apporre in presenza dell'operatore)* _____

*In caso di trasmissione della presente documentazione via e-mail, allegare copia documento di identità.

OPPURE

B) Il/La/I sottoscritto/a/i, in qualità di dà/danno il proprio consenso all'approfondimento valutativo e alla messa a punto eventuale di un progetto personalizzato a favore del/la Sig./ra

Data _____

Firma 1 (da apporre in presenza dell'operatore) * _____

Firma 2 (da apporre in presenza dell'operatore) * _____

*In caso di trasmissione della presente documentazione via e-mail, allegare copia documento di identità.