



QUADRO CLINICO

Compilazione a cura del medico curante

Si dichiara che il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ Via _____ n° _____

Presenta il seguente quadro clinico e la seguente diagnosi medica di demenza (*specificare la tipologia*):

Il Medico curante

Data, [View](#) [Edit](#) [Delete](#) [Details](#) [Print](#) [Email](#)

Con la seguente firma dichiaro esplicitamente di aver letto e compreso l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE sulla protezione dei dati e sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili disponibile nella domanda di ammissione presso Centro Diurno Alzheimer e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

consenso al trattamento.

Firma referente