

**GRUPO DE TRABALHO PARA AS QUESTÕES DA PESSOA IDOSA, DEPENDENTE OU DEFICIENTE DE
GRÂNDOLA**



Comissão Local de Ação Social de Calhacôa

FICHA DE SINALIZAÇÃO

Pessoa/ Entidade Sinalizadora: _____

Morada: _____

Deseja manter o anonimato: Sim Não

I. Caracterização da Pessoa Idosa, Dependente ou Deficiente

Identificação: _____

Morada: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Elemento de referência: _____

Grau de parentesco: _____ Outro: _____

Contacto (s): _____

II. Motivo da Sinalização

III. Observações

Data: ____/____/____ Assinatura (legível): _____

Recepção

Data: ____/____/____ Assinatura (legível): _____