

**Richiesta di valutazione/rivalutazione**

da presentare in duplice copia  
una copia verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione

**ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD)**

dell'ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di tutore o amministratore<sup>3</sup> di sostegno, anche del proprio

RICHIESTA       SEGNALAZIONE

di Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria

di Rivalutazione sociale    sanitaria    sociosanitaria  

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario, per il Signor/ra:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

La richiesta è avanzata dal diretto interessato

Oppure La richiesta è avanzata dal tutore/procuratore  curatore  amministratore di sostegno

familiare (specificare)..... altri (specificare).....

**Sig/ra** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Se previsto dal Decreto di Amministrazione

La segnalazione è avanzata  dal coniuge/convivente  
(specificare) \_\_\_\_\_

Oppure la segnalazione è avanzata dal:

prossimo congiunto (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Sig/ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

A tal fine:

**C H I E D E C H E**

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

=====

**Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore<sup>4</sup> di sostegno).**

**L'Espressione di Consenso potrà essere acquisita anche nel primo momento di contatto tra l'UMVD e la persona destinataria, qualora non sia stato possibile acquisirla contestualmente alla richiesta di valutazione/rivalutazione.**

**In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile di chi presenta l'istanza)

<sup>4</sup> Se previsto dal Decreto di Amministrazione