

Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria
da presentare in duplice copia
una copia verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione

ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD-Minori) dell'ASL
_____ Distretto _____
(Sportello Unico Socio-sanitario / Punto Unico di Accesso (PUA) / Segreteria UMVD)

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona,
anche del proprio

RICHIESTA

di Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria

di Rivalutazione sociale sanitaria sociosanitaria

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario
per il minore (Cognome e nome) _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
Codice Fiscale _____

La richiesta è avanzata dal:

genitore/i o familiare esercente/i la responsabilità genitoriale (specificare).....
 tutore altri (specificare).....

Sig/ra _____
nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
e-mail _____

Sig/ra _____
nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
e-mail _____

Il sottoscritto/i è altresì consapevole/i che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di Consenso al trattamento dei dati, a firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale del minore destinatario della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore).

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)