

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 amministratore³ 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 _____

³ 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 amministratore⁴ 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)

⁴ Se previsto dal Decreto di Amministrazione