

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) DELL'A.S.L. "VC"  
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G. - Distretto della Valsesia)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_

in qualità di:	<input type="checkbox"/> diretto interessato	<input type="checkbox"/> tutore/curatore
	<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> procuratore
<b>CHIEDE CHE</b>		
Il sottoscritto (se diretto interessato) / la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.V.G. per la definizione di un Progetto socio-sanitario		

In qualità di:
<input type="checkbox"/> convivente (specificare) .....
<input type="checkbox"/> prossimo congiunto (specificare grado di parentela) .....
<input type="checkbox"/> altro (specificare) .....
<b>SEGNALA</b>
la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro), affinché codesta U.V.G. sottoponga la medesima a Valutazione Multidimensionale, al fine della definizione di un Progetto socio-sanitario

- Interventi domiciliari socio sanitari
- Inserimento in Centro Diurno
- Inserimento in Struttura Residenziale

*(il riquadro successivo non deve essere compilato se la domanda è presentata dal diretto interessato, in quanto i dati richiesti sono già stati compilati)*

Il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente a _____ Cap. _____
Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

stato civile \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Se la persona è già ricoverata in struttura residenziale, indicare la residenza precedente:

\_\_\_\_\_

A tal fine:

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazioni od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.lgs..

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio Sanitario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quale
Servizio Sociale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quale

Allega alla presente domanda la documentazione ritenuta di utilità per una migliore valutazione sanitaria e sociale.

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig. /Sig.ra _____	
Via / Piazza _____	n. _____
Comune _____	C.A.P. _____
Tel. _____	Cellulare _____ E-mail _____
in qualità di:	
<input type="checkbox"/> convivente (specificare) .....	
<input type="checkbox"/> prossimo congiunto (specificare grado di parentela) .....	
<input type="checkbox"/> altro (specificare) .....	

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la domanda)

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

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla Segreteria dell'U.V.G. al seguente numero telefonico: 0163 426716 -0163426715 (da lunedì a venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 12.30)