


RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELL'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE

Al Direttore del Distretto

SEDE

ASSISTITO: Cognome		Nome	
Sesso		N. tessera sanitaria	
Codice Fiscale		Luogo di nascita	
Data di nascita		Indirizzo	
Comune		Telefono	
Medico curante		Invalidità: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
Indennità di accompagnamento: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO			
FAMILIARI DI RIFERIMENTO:			
Cognome e nome		Grado di parentela	Telefono
.....	
.....	
PROPONENTE:			
recapito telefonico		in qualità di:	
<input type="checkbox"/> Familiare		<input type="checkbox"/> Responsabile di Struttura Residenziale	
<input type="checkbox"/> Medico Specialista/Medico Ospedaliero		<input type="checkbox"/> Soggetto civilmente obbligato o tutore	
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (da utilizzare da parte del MMG solo in caso di ammissione in struttura)		<input type="checkbox"/> Assistente sociale Comune o ASSL	
MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA			
<input type="checkbox"/> ADIMED			
<input type="checkbox"/> Ricovero in struttura residenziale			
<input checked="" type="checkbox"/> Altro (specificare)			
FSE DGR 752/24 "Sostegno nella gestione dei carichi assistenziali della persona anziana, di norma ultra sessantacinquenne, non autosufficiente in stato di comprovata vulnerabilità"			
.....			

Consenso informato sul retro

Luogo e data

Firma del proponente