


**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELL'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE**

Al Direttore del Distretto

SEDE

<b>ASSISTITO:</b> 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			
<b>FAMILIARI DI RIFERIMENTO:</b>			
Cognome e nome		Grado di parentela	Telefono
.....		.....	.....
.....		.....	.....
<b>PROPONENTE:</b> .....			
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	
<b>MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA</b>			
<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