

## MODULO RICHIESTA DI ATTIVAZIONE U.V.M.D.

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Domanda di attivazione U.V.M.D.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. persona di riferimento da contattare: \_\_\_\_\_

\*in qualità di \_\_\_\_\_

(\*da compilare solo se persona diversa dall'interessato indicando il grado di parentela o altro titolo in base al quale è legittimato a presentare l'istanza)

### CHIEDE (barrare la casella)

1.  L'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale per sé stesso/a (se la domanda viene compilata dall'interessato)

\* oppure per    l.    Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

data iscrizione anagrafica \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_

medico di medicina generale \_\_\_\_\_

### AFFINCHÉ VENGA

a.  accolto/a presso i centri di servizio per anziani non autosufficienti indicati nel modulo "Strutture" secondo la priorità di scelta, per il seguente progetto:

	Ricovero definitivo
	Ricovero temporaneo dal _____ al _____
	Ricovero centro diurno
	Ricovero in Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA)
	Ricovero in Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP)
	Altro:

b.  rivalutato/a per aggravamento delle condizioni psico - fisiche - sociali.

2.  Trasferito/a dalla Casa di Riposo: \_\_\_\_\_

alla Casa di Riposo: \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato che qualora la domanda sia presentata da un parente o altro familiare "di riferimento" sarà opportuno attivarsi per la nomina dell'Amministratore di Sostegno.

Dichiara altresì di essere informato che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della L. 196/2003 i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice.

Richiede che la documentazione venga inviata all'indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Firma

Luogo, data \_\_\_\_\_