



REGIONE DEL VENETO ULSS N° 16

RICHIESTA DI VALUTAZIONE U.V.M.D.

PROTOCOLLO nr.

Al Responsabile U.V.M.D.

Distretto socio sanitario n°

3

Il/la sottoscritto/a
(cognome e nome)

nato a

tessera sanitaria n.

|_ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

il

sessu

F.

M.

Codice fiscale

|_ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

residente
a

via

Nr.

tel nr.

Medico di medicina
generale

CHIEDE

che **l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.)**, attivi una valutazione al fine di ottenere la predisposizione e proposta del miglior progetto assistenziale possibile con le risorse a disposizione della rete dei servizi.

Segnala di essere interessato soprattutto ai seguenti servizi:

Valutazione, Consulenza

Progetti integrati di sostegno a domicilio

Accoglienza in struttura:

diurna

residenziale

temporanea

definitiva

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

Data |_ _ | _ _ | |_ _ | _ _ | |_ _ | _ _ |

(firma)

Il/la sottoscritto/a
(cognome e nome)

tel nr.

in qualità di

della persona interessata, fa presente che le condizioni psicofisiche di tale persona sono tali da non consentire la sottoscrizione della presente domanda sulla quale è informato e consenziente e pertanto la presenta per suo conto.

Data |_ _ | _ _ | |_ _ | _ _ | |_ _ | _ _ |

(firma)