

**Modulo domanda Anziani**

**Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n° \_\_\_\_\_**

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

\_\_\_ I sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

TeI. 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 \_\_\_ I \_\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

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

**AFFINCHE' 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:

<input type="checkbox"/>	Ricovero definitivo
<input type="checkbox"/>	Ricovero temporaneo dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	Ricovero centro diurno
<input type="checkbox"/>	Ricovero in Sezione Alta protezione Alzheimer (SAPA)
<input type="checkbox"/>	Ricovero in Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP)
<input type="checkbox"/>	Altro :

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

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

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

Data, \_\_\_\_\_

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 al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_