

Al Responsabile dell'Unità Operativa Distrettuale
del Distretto Socio – Sanitario N. _____ di _____.

SERVIZIO INVIANTE: _____.

OGGETTO: Richiesta di valutazione dell'Unità Operativa Distrettuale.

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ N. _____ Tel. _____/_____

Medico curante dott. _____

Per il seguente motivo: _____

Chiede la valutazione della situazione per il seguente intervento:

Accoglienza in Istituto per anziani (barrare con una croce) temporanea definitiva
(il numero progressivo indica l'ordine di preferenza)

1. (denominazione dell'Istituto per anziani)

_____.

2. (denominazione dell'Istituto per anziani)

_____.

- Nessuna preferenza
- Accoglienza temporanea riabilitativa in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)
- Centro Diurno per non autosufficienti
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Altre forme di assistenza _____.

Dichiara inoltre che la persona di riferimento (referente per qualsiasi comunicazione e/o
necessità) è il Sig. _____

Residente in via _____ N. _____ a _____

Tel. _____/_____ con il seguente grado di parentela _____.

Ai sensi della L. 196/2003 (tutela della privacy) l'Unità operativa Distrettuale è con la presente preventivamente autorizzata sul trattamento e archiviazione dei dati in suo possesso relativi ai richiedenti ed alla trasmissione degli stessi a (Regione, Provincia, Comune, Prefettura, U.L.S.S., ...) nell'ambito degli adempimenti dell'istruttoria.

LI' _____

In fede
(firma dell'interessato o della persona di riferimento)
