

Servizio Disabilità Età Adulta - Distretto Sud

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE  
PER L'ACCESSO ALLA RETE  
DEI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI DELLA ULSS 7**

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario \_\_\_\_\_  
Tramite il Servizio Disabilità Età Adulta e/o i Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ data iscriz. anagrafica \_\_\_\_\_

Comune di provenienza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposto/a alla valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei Servizi Socio Sanitari Territoriali:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno             | <input type="checkbox"/> Struttura Residenziale |
| <input type="checkbox"/> Trasporto                 | <input type="checkbox"/> Progetto 162           |
| <input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo    | <input type="checkbox"/> Altro                  |
| <input type="checkbox"/> Pronta Accoglienza        | <input type="checkbox"/> Altro                  |
| <input type="checkbox"/> Trattamento Riabilitativo |   |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

.....

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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, che, pertanto, presenta per suo conto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Codice Aziendale R019\_01\_008

Approvato da: Responsabile del Servizio Disabilità Età Adulta in data 24/07/2014