**ALL’UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE Distretto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE per**

** INSERIMENTO IN CURE DOMICILIARI INTEGRATE**

 **INSERIMENTO IN RSA** RSA scelta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **INSERIMENTO IN TRATTAM. RIABILITATIVO** Centro di Riabil. scelto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **INSERIMENTO IN “COMUNITA' INTEGRATA”**

 **ATTIVAZIONE PROGRAMMA “RITORNARE A CASA”**

**1)** **Dati riferiti alla persona di cui si chiede l’inserimento**

 **Cognome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **tel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **codice fiscale** |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 **nominativo del medico di medicina generale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 ) Dati del richiedente:**

** Diretto Interessato** (si vedano di dati del punto 1)

** Parente** (indicare i dati del parente)  **Rapporto di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **tel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** Medico curante Dr.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** Assistente sociale Comune** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall’interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà obbligatoriamente ottenere il consenso preventivo all’inserimento da parte di questi ultimi.

data \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **Firma del richiedente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Ai sensi del DPR 29.11.2001 e della DGR 10/24 del 25.06.2006 il pagamento della quota sociale è **a carico** **dell’assistito /comune** viene fissato **per la RSA** nella misura di **Euro 64,00** (per i profili 1, 2,3,4,5 ) e Euro **59,00** (per i profili 6,7,8,9), e **per il CDI** nella misura di **Euro 32,00** (per i profili 1, 2,3,4,5 ) e Euro **29,50** (per i profili 6,7,8,9)

2) Allegare alla richiesta una relazione sanitaria compilata dal medico curante contenente stato clinico, stato funzionale ed eventuali motivazioni sociali.

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all’inserimento in RSA/CDI, con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

data \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_