

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE per:

- INSERIMENTO IN RSA** RSA scelta _____
- INSERIMENTO IN CDI** CDI scelto _____
- INSERIMENTO IN TRATTAM. RIABIL.** Centro di Riabil. Scelto _____
- INSERIMENTO IN ADI**
- ASSISTENZA PROTESICA**
- ALTRO** (specificare) _____

1. DATI RIFERITI ALLA PERSONA DI CUI SI CHIEDE L'INSERIMENTO

Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____ residente a _____ via _____ n° _____ CAP _____ tel. _____
Codice Fiscale _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ .
Nominativo del Medico di Medicina Generale _____

2. DATI DEL RICHIEDENTE

- Diretto Interessato (si vedano i dati del punto 1)
- Parente (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela _____
Cognome _____ Nome _____ residente a _____ via _____ n° _____ CAP _____ tel. _____.
- Medico curante Dott. _____
- Assistente Sociale Comune _____

Giba, li _____

Firma del richiedente _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n°196/2003.

Giba, li _____

Firma _____