

UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD)

SCHEDA ANAGRAFICA E INFORMATIVA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a	Il
residente a	via
recapito telefonico	E-mail:
stato civile	codice fiscale
Titolo di studio	attività lavorativa pregressa ☐ in essere ☐
Frequenza scolastica/universitaria in corso: Scuola Sec. Inf. ☐ Formazione Prof.le ☐ Scuola Sec. Sup. ☐ Università ☐ Altro Nessuna ☐	Occupabilità: Iscrizione C.P.I. ☐ Inserimento Lavorativo ☐ Inserimento Socializzante ☐ Presso: Pensionato Sì ☐ No ☐
Persona con handicap (ex art.3 L.104/1992) Connotazione di gravità	Sì ☐ No ☐ Domanda in corso ☐ dal Sì ☐ No ☐
Invalidità civile Cecità Sordità L. 68/1999 Collocamento lavorativo mirato Altra invalidità (specificare)..... Ha presentato domanda di (specificare)	Sì ☐ percentuale No ☐ domanda in corso ☐ dal Sì ☐ No ☐ Sì ☐ No ☐ Sì ☐ No ☐ Sì ☐ No ☐
Indennità di accompagnamento	Sì ☐ No ☐ Domanda in corso ☐ dal.....
Indennità concessa a titolo di minorazione	Sì ☐ No ☐ quale dal quale dal Domanda in corso ☐ dal

Esiste un: tutore/procuratore ☐ curatore ☐ amministratore¹ di sostegno ☐

Sig./Sig.ra _____ rec. tel. _____

La domanda è presentata in data / /

¹ Se previsto dal Decreto di Amministrazione allegato alla domanda

Da: diretto interessato ☐ tutore/procuratore ☐ curatore ☐ amministratore² di sostegno ☐
familiare (specificare)..... ☐ altri (specificare)..... ☐

I dati e le informazioni sono stati forniti da:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Rec. Telefonico _____

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Rec. Telefonico _____

Medico di Medicina Generale _____

Recapiti telefonici _____ e-mail _____

Il soggetto è già in carico al Servizio Sociale? Sì ☐ dal ____/____/____ No ☐ Se sì:

Servizio Sociale competente _____

Assistente Sociale (cognome e nome) _____ tel. _____

Educatore (cognome e nome) _____ tel. _____

Il soggetto è già in carico al SSR Sì ☐ dal No ☐ Se sì:

Servizio/Servizi sanitari competenti _____

Medico specialista (cognome, nome e specialità) _____ tel. _____

Operatore sanitario (cognome, nome e qualifica) _____ tel. _____

Medico specialista (cognome, nome e specialità) _____ tel. _____

Operatore sanitario (cognome, nome e qualifica) _____ tel. _____

Altro (specialisti di fiducia) _____

² Se previsto dal Decreto di Amministrazione allegato alla domanda
Cartella disabilità ADULTI

**Richiesta di valutazione/rivalutazione
ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD)**

dell'ASL TO 5 Distretto _____

(Sportello Unico Socio-sanitario / Punto Unico di Accesso (PUA) / Segreteria UMVD)

☐ **RICHIESTA** ☐ **SEGNALAZIONE**

☐ di **Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria**

☐ di **Rivalutazione sociale** ☐ **sanitaria** ☐

La richiesta è avanzata dal diretto interessato ☐ (descritto nella scheda anagrafica)

Oppure La richiesta è avanzata dal tutore/procuratore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐

familiare (specificare)..... altri (specificare).....

Sig/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____ via/piazza _____ n° _____

telefono _____ e-mail _____

La segnalazione è avanzata ☐ dal coniuge/convivente (specificare) _____

Oppure la segnalazione è avanzata dal:

☐ prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____

☐ altro (specificare) _____

Sig/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

A tal fine:

C H I E D E C H E

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via/Piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

=====

~~Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore³ di sostegno).~~

~~L'Espressione di Consenso potrà essere acquisita anche nel primo momento di contatto tra l'UMVD e la persona destinataria, qualora non sia stato possibile acquisirla contestualmente alla richiesta di valutazione/rivalutazione.~~

~~In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.~~

Luogo e data _____

(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

(Firma leggibile di chi presenta l'istanza)

~~Schema di informativa di consenso allegato in calce alla presente~~

³ Se previsto dal Decreto di Amministrazione