

# UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD-MINORI)

## SCHEDA ANAGRAFICA E INFORMATIVA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
titolo di studio \_\_\_\_\_

### Frequenza scolastica in corso:

Asilo Nido  Scuola Infanzia   
Scuola Primaria  Scuola Sec.Inf.   
Scuola Sec.Sup.   
Formazione Prof.le

Altro ..... Nessuna

### Occupabilità:

Iscrizione C.P.I.  Ins.Lavorativo

Ins. Socializzante  Presso: .....

.....

.....

.....

Altro .....

.....

Persona con handicap (ex art.3 L.104/1992)  
Connotazione di gravità

Sì  No  Domanda in corso  dal .....

Sì  No

Invalidità civile

Sì  percentuale ..... No   
domanda in corso  dal .....

Cecità

Sì  No

Sordità

Sì  No

L 68/1999 Collocamento lavorativo mirato

Sì  No

Altra invalidità (specificare)

Sì  No

Ha presentato domanda di (specificare)

.....

Indennità di accompagnamento

Sì  No   
Domanda in corso  dal.....

Indennità concessa a titolo di minorazione

Sì  No   
quale .....dal.....  
quale ..... dal.....  
quale .....dal.....  
Domanda in corso  dal.....

Esiste un: tutore/procuratore  curatore

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

La domanda è presentata in data ..... / ..... / .....

da:  tutore/procuratore  curatore  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 \_\_\_\_\_

**Pediatra di Libera Scelta** \_\_\_\_\_

**Medico di Medicina Generale** \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici MMG/PLS \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_

**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) \_\_\_\_\_

Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria

ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD-Minori)

dell'ASL TO5 Distretto \_\_\_\_\_

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

RICHIESTA

di Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria

di Rivalutazione sociale  sanitaria

La richiesta è avanzata dal:

genitore/i o familiare esercente/i la responsabilità genitoriale (specificare).....

tutore  altri (specificare).....

Sig/ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Sig/ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

~~Il sottoscritto/i è altresì consapevole/i che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di Consenso al trattamento dei dati, a firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale del minore destinatario della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore).~~

~~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)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile di chi presenta l'istanza)

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