

UMVD ASL: TO5 DISTRETTO: _____ COMUNE/ENTE GESTORE _____

ESITO DELL'ESAME DELLA PROPOSTA DI PROGETTO DA PARTE DELLA COMMISSIONE

DATA UMVD _____ relativa al/alla signor/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

residente a _____

con punteggio totale _____ (di cui sanitario _____ e sociale _____).

☐ **APPROVATO SENZA MODIFICHE**

☐ **APPROVATO CON MODIFICHE (specificare):**

☐ **NON APPROVATO (indicare motivazioni):**

TABELLA RIEPILOGATIVA DEL PROGETTO INDIVIDUALE APPROVATO

Selezionare la/le voci corrispondenti al/ai Progetto/i approvati	Prestazione Proposta	Durata del Progetto	% quota Sanitaria	% quota utente / Ente Gestore
☐ Residenziale				
☐ Semiresidenziale				
☐ Domiciliare				
☐ Educativa territoriale				

I componenti dell'UMVD	Cognome Nome	Firma leggibile
Il Copresidente ASL		
Il Copresidente Comune / Ente gestore		
Assistente Sociale del SSPA		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore del Comune/Ente Gestore		
Il Medico del Distretto		
Il Medico Specialista (.....)		
Infermiere		
Psicologo		
Altro (specificare)		

L'interessato o il suo Legale Rappresentante

☐ **accetta**

☐ **non accetta il progetto individuato**

Motivare l'eventuale mancata accettazione del progetto:

(da compilare obbligatoriamente se il progetto non è accettato dall'interessato o dal suo Legale Rappresentante)

Firma dell'interessato o del suo Legale Rappresentante _____

(specificare tipologia di Legale rappresentante _____)

Luogo e data _____