



Spett.le
Unità di Continuità Assistenziale
Multidimensionale (U.C.A.M.)
Distretto di Chiari

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
per accedere alla rete dei Servizi Socio - Sanitari - Assistenziali per anziani

Il/la sottoscritto/a data di nascita

Codice Fiscale Tessera Sanitaria n°

Comune di residenza Prov. Via

..... telefono

CHIEDE

la valutazione multidimensionale al fine di accedere ai Servizi semiresidenziali o residenziali.

..... li

In fede

.....
(firma del richiedente)

oppure

.....
(firma del TUTORE o del PARENTE)
(specificare il grado di parentela)



Spett.le
Unità di Continuità Assistenziale
Multidimensionale (U.C.A.M.)
Distretto di Chiari

RICHIESTA DI PREFERENZA

Il/la sottoscritto/a data di nascita

Codice Fiscale Tessera Sanitaria n°

Comune di residenza Prov. Via
..... telefono

CHIEDE

Rispetto al proprio eventuale collocamento in **C.D.I.** esprime le seguenti preferenze :

<input type="checkbox"/> Clusane	<input type="checkbox"/> Capriolo	<input type="checkbox"/> Castrezzato
<input type="checkbox"/> Passirano	<input type="checkbox"/> Palazzolo s/O.	<input type="checkbox"/> Chiari
<input type="checkbox"/> Paratico	<input type="checkbox"/> Pontoglio	<input type="checkbox"/> Coccaglio
		<input type="checkbox"/> Trezzano
		<input type="checkbox"/> Rovato

(Segnare con 1 per preferenze d'inserimento provvisorio e con 2 per preferenze d'inserimento definitivo)

Per eventuali variazioni nelle preferenze, aggiornare questo modulo richiedendolo ai Servizi Sociali.

..... li

In fede

.....
(firma del richiedente)

oppure

.....
(firma del TUTORE o del PARENTE)
(specificare il grado di parentela)