



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 R.S.A. esprime le seguenti preferenze :

<input type="checkbox"/> Sale Marasino	<input type="checkbox"/> Adro	<input type="checkbox"/> Castelvotati
<input type="checkbox"/> Iseo R.S.A "Cacciamatta"	<input type="checkbox"/> Capriolo	<input type="checkbox"/> Castrezzato
<input type="checkbox"/> Marone	<input type="checkbox"/> Cologne	<input type="checkbox"/> Chiari
	<input type="checkbox"/> Palazzolo s/O.	<input type="checkbox"/> Coccaglio
	<input type="checkbox"/> Pontoglio	<input type="checkbox"/> Rovato
		<input type="checkbox"/> Rudiano
		<input type="checkbox"/> Urago d'Oglio

*(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)