



**Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
ULSS 8 BERICA
UNITA' OPERATIVA DISABILITA'**

Il sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ provincia di _____ il _____
 residente in _____ provincia di _____
 Domiciliato _____ provincia di _____
 Via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____
 Mail: _____

In qualità di:

- interessato genitore coniuge figlio/a parente entro il terzo grado
 tutore/ amm.di sostegno/ legale di fiducia operatore sociale/ socio-sanitario/ sanitario

CHIEDE

- una **valutazione multidimensionale** per:

il/la sig/ra _____
 nato/a a _____ provincia di _____ il _____
 residente in _____ provincia di _____
 domiciliato a _____ provincia di _____
 Via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

1. MEDICO DI FAMIGLIA _____
2. ASS. SOC./EDU. PROF. _____
3. SPECIALISTI a conoscenza della situazione _____
4. ALTRO (Comune, Centri Accreditati, Privato Sociale) _____

Tipologia di domanda (una sola risposta)

- Inserimento Diurno o altre tipologie di progettualità diurna
- Residenzialità
- Interventi Domiciliari
- Accoglienze Temporanee Programmate
- Altro: _____

DATA _____

FIRMA _____