

**RICHIESTA di VALUTAZIONE**  
**all'Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità**

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Domicilio attuale \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**BREVE DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA**

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE (CONVIVENTI)**

**FAMILIARE o PERSONA DI RIFERIMENTO:**

Sig./ Sig.ra. \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 tel \_\_\_\_\_ Tipo di Rapporto : parente – Tutore - Altro (specificare)

Sig./ Sig.ra. \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 tel \_\_\_\_\_ Tipo di Rapporto: parente – Tutore - Altro (specificare)

## OPERATORI DI RIFERIMENTO

Medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_

GIA' IN CARICO AL SERVIZIO SOCIALE SI dal \_\_\_\_\_ NO

Servizio sociale competente \_\_\_\_\_

Assistente sociale: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Educatore: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

GIA' IN CARICO AL SSR SI dal \_\_\_\_\_ NO

Servizio/Servizi sanitari competenti \_\_\_\_\_

Medico specialista \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Operatore sanitario \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Medico specialista \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Operatore sanitario \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Altro (Specialisti di fiducia) \_\_\_\_\_

### Situazione medico-legale

Invalidità Civile \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

Indennità di Accompagnamento SI NO

Condizione di handicap ex legge 104/92 SI NO

situazione di gravità SI NO

cecità SI NO

sordità SI NO

L. 68/99 Collocamento lavorativo mirato SI NO

Altra Invalidità (specificare) \_\_\_\_\_

ha presentato domanda di \_\_\_\_\_ SI NO

### DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (tipo, rilasciata da, data)

A) \_\_\_\_\_

B) \_\_\_\_\_

C) \_\_\_\_\_

D) \_\_\_\_\_

E) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Li, \_\_\_\_\_

Il richiedente  
(o il suo rappresentante) \_\_\_\_\_

**Liberatoria per la privacy**

**Si autorizza il reperimento di documentazione sociosanitaria  
Presso i servizi competenti**

**Il richiedente  
(o il suo rappresentante)** \_\_\_\_\_

**L'operatore che riceve la richiesta** \_\_\_\_\_

**Servizio/Struttura di appartenenza** \_\_\_\_\_