

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 _____