



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 sottoscritta/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)



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

RICHIESTA DI PREFERENZA

Il/la sottoscritta/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"/> Castelcovati |
| <input type="checkbox"/> Iseo R.S.A. "Cacciamatta" | <input type="checkbox"/> Capriolo | <input type="checkbox"/> Castrezzato |
| <input type="checkbox"/> Marona | <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.

..... lì

In fede

.....
(firma del richiedente)

oppure

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