ASL 8 TTO
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI CAGLIARI

ALL'UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE Distretto di _____

AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE di _____

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE per

☐ **INSERIMENTO IN RSA** RSA scelta: _____

☐ **INSERIMENTO IN CDI** CDI scelto: _____

☐ **INSERIMENTO IN TRATTAM. RIABILITATIVO** Centro di Riabil. scelto _____

☐ **INSERIMENTO IN ADI**

☐ **ASSISTENZA PROTESICA**

☐ **PROGETTO PERSONALIZZATO PER IL "RITORNO A CASA"**

1) Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento

Cognome _____ Nome _____

data di nascita ___/___/_____ residente a _____

via _____ n° _____ CAP _____ tel _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nominativo del medico di medicina generale _____

2) Dati del richiedente:

☐ Diretto Interessato (si vedano di dati del punto 1)

☐ Parente (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela _____

Cognome _____ Nome _____ tel _____

residente a _____ via _____ n° _____ CAP _____

☐ Medico curante Dr. _____

☐ U.O. Ospedaliera _____

☐ Assistente sociale Comune _____

☐ Struttura Residenziale _____

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà obbligatoriamente ottenere il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

data _____/_____/_____ Firma del richiedente _____

1) Ai sensi del DPR 29.11.2001 e della DGR 25/6 del 13/06/2006 il pagamento della quota sociale è **a carico dell'assistito /comune** viene fissato **per la RSA** nella misura di **Euro 64,00** (per i profili 1, 2,3,4,5) e Euro **59,00** (per i profili 6,7,8,9), e **per il CDI** nella misura di **Euro 32,00** (per i profili 1, 2,3,4,5) e Euro **29,50** (per i profili 6,7,8,9)

2) Allegare alla richiesta una relazione sanitaria compilata dal medico curante contenente stato clinico, stato funzionale ed eventuali motivazioni sociali.

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'inserimento in RSA/CDI, con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

data _____/_____/_____ Firma _____