



Ambito Territoriale Sociale  
di Gioia del Colle, Casamassima, Turi e Sammichele di Bari  
Ufficio di Piano

MOD. 1

REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N° 13 - GIOIA DEL COLLE

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER  
L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

AL SIGNOR DIRETTORE  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N° 13  
GIOIA DEL COLLE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

*Diretto interessato*

*Familiare:*

- Figlio
- Coniuge
- Fratello
- Altro familiare \_\_\_\_\_

*Assistente sociale:*

- Comune \_\_\_\_\_
- Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_
- Struttura residenziale \_\_\_\_\_
- Servizio ASL \_\_\_\_\_
- Altro servizio \_\_\_\_\_

*Medico di Medicina Generale*

*Medico ospedaliero - Reparto \_\_\_\_\_ Ospedale \_\_\_\_\_*

*Altro \_\_\_\_\_*

CHIEDE

DI ATTIVARE LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI PER L'ACCESSO

- A) Residenza Protetta  
 B) Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)  
 C) Nucleo Residenziale ALZHEIMER (NA)  
 D) Centro Diurno (Alzheimer, ....)  
 E) Comunità socio riabilitativa (Dopo di noi)  
 F) Centro Diurno Socio-Educativo- Riabilitativo  
 G) Altro \_\_\_\_\_

La presente domanda di  1<sup>a</sup> Valutazione  Verifica viene presentata in nome e per conto del / della

Sig./ra _____	nato/a il _____	a _____
residente a _____	Via _____	n° _____
Tel _____	C.F. _____	
Medico di Medicina Generale _____		
Domiciliato presso: _____		

**DICHIARA ALTRESI':**

1) di sottoscrivere la domanda in quanto l'interessato/a è impossibilitato/a per la seguente motivazione:

2) che lo / la stesso/a è informato della domanda:  SI  NO

3) di aver / non aver informato l'interessato dell'avvio della procedura di accesso alla rete dei servizi socio sanitari

3) di assumere / non assumere l'onere finanziario della quota alberghiera per il periodo autorizzato  SI  NO

4) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa vigente per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Si allega la seguente documentazione:

- copia attestazione di invalidità
- copia attestazione accompagnamento
- copia documento di riconoscimento in corso di validità quale tutore e/o familiare
- copia di cartellino di dimissione ospedaliera e/o cartella clinica

Il/La sottoscritto/a dichiara di consentire alla comunicazione di tali dati a soggetti terzi solamente ai fini istituzionali e di epidemiologia, nonché per i prescritti adempimenti amministrativi. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_