



Del. ATS n.123 del 10.12.2020

Richiesta di Valutazione Multidimensionale

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI _____

Punto Unico di Accesso

Il/la Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____, il ____/____/____ e residente in _____

via _____ n. _____ C.F. _____

tel. _____ mail _____

in qualità di:

- ☐ destinatario delle prestazioni richieste al Punto Unico di Accesso (PUA)
- ☐ genitore o legale rappresentante (nel caso di soggetto minore, interdetto o assistito da amministratore di sostegno) di

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____, il ____/____/____ e residente in _____

via _____ C.F. _____

domiciliato in _____ via _____ n. _____

Richiede l'effettuazione della valutazione multidimensionale per l'attivazione di un percorso di cura appropriato ai propri bisogni socio sanitari.

Motivo della richiesta: _____

data ____/____/____

Firma _____

Per utenti di minore età, in caso sia presente un solo genitore, occorre allegare la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, compilata e sottoscritta dal genitore sotto la propria responsabilità attestante le condizioni relative alla titolarità e all'esercizio della potestà previste dagli artt. 155, 316 e 317 C.C. In caso il soggetto sia assistito da un legale rappresentante occorre allegare la documentazione attestante i poteri del legale rappresentante. In tutti i casi va accertata l'identità del dichiarante secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente e nella Procedura Aziendale in materia.