

SCHEDA 1

RICHIESTA DI VALUTAZIONE
All'Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità

Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

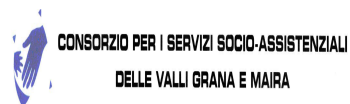
Residente a _____ in via _____

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

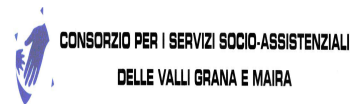
Medico specialista _____ Tel. _____

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 suo rappresentante) _____

Liberatoria per la privacy

Si autorizza il reperimento di documentazione socio-sanitaria presso i servizi competenti

Il richiedente
(o suo rappresentante) _____

L'operatore che riceve la richiesta _____

Servizio/Struttura di appartenenza _____