



## AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO - SANITARIA N.9 di TREVISO

Borgo Cavalli n. 42 – 31100 TREVISO  
Cod. Ente 050-109 – Cod. Fisc. 03084880263

### Modulo domanda Anziani

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n° \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Domanda di attivazione U.V.M.D.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. persona di riferimento da contattare: \_\_\_\_\_  
\*in qualità di (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_  
(\*da compilare solo se persona diversa dall'interessato)

### CHIEDE

L'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale per sé stesso/a (se la domanda viene compilata dall'interessato)

\* oppure per \_\_\_l\_\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
data iscrizione anagrafica \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n° \_\_\_\_\_  
medico di medicina generale \_\_\_\_\_

### AFFINCHÉ VENGA

☐ accolto/a presso (barrare casella sul modulo strutture)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ricovero definitivo                    |
| <input type="checkbox"/> | Ricovero temporaneo dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ricovero centro diurno                 |

☐ rivalutato/a per aggravamento delle condizioni psico - fisiche - sociali

☐ trasferito/a dalla Casa di Riposo: \_\_\_\_\_

alla Casa di Riposo: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della L. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice.

Firma

\_\_\_\_\_