

Fac-simile della Richiesta Motivata che il M.A.P. / il Pls invia al distretto per l'attivazione delle prestazioni  
socio-sanitarie

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Al Responsabile U.O./P.U.A. : Anziani  – Riabilitazione  – Materno Infantile   
del distretto n. \_\_\_\_

Io sottoscritto dr.ssa/dr. : \_\_\_\_\_

Segnalo il mio assistito : sig.ra/sig. : \_\_\_\_\_

Residente a : \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Per il seguente motivo:


e richiedo che la/il mia/o assistita/o sia valutata/o dal Responsabile della Porta Unica d'Accesso (U.O./P.U.A.) per l'eventuale presa in carico per la Valutazione in U.V.I. per prestazioni socio-sanitarie.

In particolare richiedo di valutare la possibilità di assistenza in :

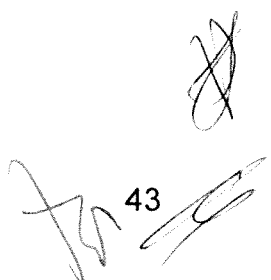
- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)
- Assistenza domiciliare integrata (A.D.O. – A.D.O.T.I)
- Assistenza in struttura semiresidenziale (Centro Diurno)
- Assistenza in R.S.A.

Firmato : dr. \_\_\_\_\_

Nota 1: si ricordano alcuni motivi rilevanti per la richiesta di valutazione in U.O./P.U.A.:

- indicazioni generali di carattere socio-ambientale riguardanti: condizioni abitative e situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologiche presenti.

Nota 2: la richiesta va inviata via e-mail al responsabile U.O./P.U.A. del distretto di competenza:

  
 43