ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

**ALL'UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE Distretto di** _____

**AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE di** _____

## RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE per

☐ **INSERIMENTO IN RSA** RSA scelta: _____

☐ **INSERIMENTO IN CDI** CDI scelto: _____

☐ **INSERIMENTO IN TRATTAM. RIABILITATIVO** Centro di Riabil. scelto _____

☐ **INSERIMENTO IN CURE DOMICILIARI**

☐ **ASSISTENZA PROTESICA**

☐ **ATTIVAZIONE PROGRAMMA "RITORNARE A CASA"**

☐ **INSERIMENTO IN CASA PROTETTA / COMUNITA' INTEGRATA** Casa Protetta _____

### 1) Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento

Cognome _____ Nome _____

data di nascita ____/____/_____ residente a _____

via _____ n° _____ CAP _____ tel _____

codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

nominativo del medico di medicina generale _____

### 2 ) Dati del richiedente:

☐ Diretto Interessato (si vedano di dati del punto 1)

☐ Parente (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela _____

Cognome _____ Nome _____ tel _____

residente a _____ via _____ n° _____ CAP _____

☐ Medico curante Dr. _____

☐ Assistente sociale Comune _____

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà obbligatoriamente ottenere il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

data _____/_____/_____ Firma del richiedente _____

1) Ai sensi del DPR 29.11.2001 e della DGR 25/6 del 13.06.2006 il pagamento della quota sociale è a carico dell'assistito viene fissato con Delibera di Giunta Regionale n 5/31 del 28/01/2016 per la RSA nella misura di Euro 76,93 (per i profili 1, 2,3,4,5 ) e Euro 70,92 (per i profili 6,7,8,9), e per il CDI nella misura di Euro 38,47 (per i profili 1, 2,3,4,5 ) e Euro 35,46 (per i profili 6,7,8,9)

2) Allegare alla richiesta una relazione sanitaria compilata dal medico curante contenente stato clinico, stato funzionale ed eventuali motivazioni sociali.

**Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'inserimento in RSA/CDI, con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.**

data _____/_____/_____ Firma _____