



SCHEDA DI ATTIVAZIONE

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA DISABILITA'

Data: _____ Distretto socio-sanitario: _____

Accesso: _____

O.O.T. _____

Sportello sociale di _____

Equipe socio-sanitaria di _____

Soggetto beneficiario

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Sesso _____ Codice fiscale _____

Residenza _____

Domicilio _____ Telefono _____

Cittadinanza _____ Medico curante _____

È in carico ai servizi socio-sanitari territoriali

Sì specificare operatori di riferimento _____

No

Soggetto Richiedente

Beneficiario

Familiare Cognome _____ Nome _____ Parentela _____

Indirizzo di residenza _____ tel/cell _____

Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno Cognome _____ Nome _____

Indirizzo di residenza _____ tel/cell _____

Il/La sottoscritto/a _____

- consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero (art30 e 33 della legge regionale 06.08.2007, n.19, e art 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445),

dichiara

che il beneficiario è in possesso della certificazione di handicap ai sensi della L.104/92 rilasciata dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento dell'Handicap della Struttura Invalidità civile e Tutele, quale requisito indispensabile per l'Attivazione dell'UVMDI,

richiede

l'attivazione dell'UVMDi per l'elaborazione del Progetto di Vita

autorizza

l'Unità di Valutazione Multidimensionale della Disabilità, al fine di consentire la presa in carico della richiesta, a prendere visione della documentazione sociale, sanitaria e/o scolastica relativa al beneficiario nonché a prendere contatti con gli operatori sanitari, sociali e scolastici che a vario titolo hanno in carico il beneficiario.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR) di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e nel rispetto degli adempimenti per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità.

Firma del beneficiario o chi lo rappresenta _____

Firma del genitore/i _____

Compilato da Cognome _____ Nome _____ Qualifica _____