

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

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

Al Direttore del distretto n. \_\_\_\_

Al referente attività sanitarie : dr/dr.ssa : \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dr. : \_\_\_\_\_

Segnala alla S.V. il mio assistito : sig.ra/sig. : \_\_\_\_\_

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

Per il seguente motivo :


Nota : motivi coerenti con la richiesta

- indicazioni generali di carattere socio-ambientale relative a: 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.

Per quanto sopra descritto, richiedo che la/il mia/o assistita/o sia valutata/o dal Referente/responsabile della Porta Unica d'Accesso per l'eventuale presa in carico per la Valutazione in U.V.I. per prestazioni a valenza socio-sanitaria.

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. \_\_\_\_\_