



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE  
PER L'ACCESSO ALLA RETE  
DEI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI DELLA ULSS 7**

Al Responsabile del Distretto Socio Sanitario \_\_\_\_\_  
Tramite i Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposto/a alla valutazione multidimensionale dei bisogni per l'accesso alla rete dei Servizi Socio Sanitari Territoriali.

Qualora l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) ritenga necessario l'inserimento in una Struttura Residenziale, chiede di essere accolto/a presso una delle Strutture Protette di seguito elencate:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**N.B. Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che:**

- **detta valutazione ha validità annuale; se dopo tale termine non vi è stata risposta e vi sia ancora interesse dovrà essere rinnovata la richiesta;**
- **sarà chiamato dalle Case di Riposo prescelte; alla prima chiamata, da parte di una delle Case di Riposo prescelte, la rinuncia all'inserimento comporterà l'esclusione dalla graduatoria.**

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare **tempestivamente** all'Ufficio Coordinamento Amministrativo dei Distretti - Via Lubin, 22 - 31053 Pieve di Soligo (TV) - Tel. 0438 / 838407 - Fax 0438 / 838463, ogni variazione intervenuta rispetto ai dati dichiarati con particolare attenzione per il cambio di residenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ della persona interessata, fa presente che le condizioni psicofisiche della stessa sono tali da non consentire la sottoscrizione della presente domanda che, pertanto, presenta per suo conto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ del Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_,

ai fini della compilazione della Scheda S.V.A.M.A.- Valutazione Sociale - per \_\_\_\_\_,  
**DICHIARO**, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 26 - L. 15/68,  
nonché della decadenza dei benefici prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non  
veritiere ai sensi dell'art. 11 - DPR 403/1998, ai sensi degli artt. 2 e 4 - L. 15/68, quanto segue:  
(segnare le ipotesi che interessano)

- che la situazione reddituale e/o economica al lordo delle trattenute è la seguente:
  - L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_;
- di essere disoccupato dal \_\_\_\_\_ e di essere iscritto nelle relative liste presso l'Ufficio \_\_\_\_\_;
- di essere pensionato cat. \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_ e di percepire attualmente L. \_\_\_\_\_ mensili;
- di pagare quale canone di affitto L. \_\_\_\_\_ mensili;
- di percepire L. \_\_\_\_\_ mensili per canoni di affitto relativi a terreni e/o abitazioni di proprietà;
- di essere titolare di proprietà immobiliari costituite da (terreni o fabbricati) in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_;
- di essere titolare dei seguenti depositi bancari, postali o altro ammontabili complessivamente a L. \_\_\_\_\_;
- di godere di provvidenze economiche mensili a titolo assistenziale di L. \_\_\_\_\_ erogati dall'Ente \_\_\_\_\_;
- ulteriore disponibilità economica mensile dei familiari per l'assistenza:
  - nessuna  fino a L. 1 milione  fino a L. 2 milioni
  - fino a L. 3 milioni  oltre  copertura completa delle spese.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (firma del dichiarante)

**La firma NON deve essere autenticata.**

**La presente va firmata in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero trasmessa - debitamente firmata - con allegata fotocopia, non autenticata, di un documento di identità (L. 127/97 - L. 191/98 - D.P.R. 403/98).**

Spazio riservato all'Ufficio ricevente

Firma apposta in mia presenza dal Sig./ra \_\_\_\_\_

Identificato mediante \_\_\_\_\_ Il Funzionario Addetto \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della L. 31.12.96, n° 675, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
previamente informato/a dal personale del Comune (art. 10), acconsente al trattamento dei dati personali:

- Propri
- Della persona per la quale si è autorizzati alla firma in qualità di:
  - genitore esercente la potestà;
  - familiare;
  - tutore;
  - curatore;
  - legale rappresentante.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (firma del dichiarante)