



Ambito Territoriale Sociale
di Gioia del Colle, Casamassima, Turi e Sammichele di Bari
Ufficio di Piano

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO GIOIA DEL COLLE

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER
L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

AL DIRETTORE
DISTRETTO SOCIO SANITARIO
GIOIA DEL COLLE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____
residente a _____ Via _____ n° ____
CAP _____ Provincia _____ telefono _____

☐ Diretto interessato

☐ Familiare:

☐ Figlio

☐ Coniuge

☐ Fratello

☐ Altro familiare _____

☐ Assistente sociale:

☐ Comune _____

☐ Azienda Ospedaliera _____

☐ Struttura residenziale _____

☐ Servizio ASL _____

☐ Altro servizio _____

☐ Medico di Medicina Generale

☐ Medico ospedaliero -- Reparto _____ Ospedale _____

☐ Altro _____

C H I E D E

di attivare la valutazione multidimensionale dei bisogni per l'accesso
alla rete dei servizi socio sanitari territoriali di seguito elencati:

- ☐ Assistenza semiresidenziale
- ☐ Assistenza residenziale:
 - ☐ Residenza sanitaria assistita (RSA) (specificare) A) _____
B) _____
 - ☐ Residenza protetta (specificare) A) _____
B) _____

La presente domanda di

☐ 1^ Valutazione

☐ Verifica

viene presentata in nome e per conto del / della

Sig./ra _____ nato/a il ____/____/____ a _____
 residente a _____ Via _____ n° _____
 Tel _____ Codice Sanitario _____
 Medico di Medicina Generale _____
 Domiciliato presso: _____

DICHIARA ALTRESI':

1) di sottoscrivere la domanda in quanto l'interessato/a è impossibilitato/a per la seguente motivazione:

2) di aver / non aver informato l'interessato dell'avvio della procedura di accesso alla rete dei servizi
socio-sanitari

3) di assumere / non assumere l'onere finanziario della quota alberghiera per il periodo autorizzato

4) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla normativa vigente per le ipotesi di falsità in atti e
dichiarazioni mendaci.

Si allega la seguente documentazione:

- ☐ copia attestazione di invalidità
- ☐ copia attestazione accompagnamento
- ☐ copia documento di riconoscimento in corso di validità quale tutore e/o familiare
- ☐ copia di cartellino di dimissione ospedaliera e/o cartella clinica

Il/La sottoscritto/a dichiara di consentire alla comunicazione di tali dati a soggetti terzi solamente ai fini
istituzionali e di epidemiologia, nonché per i prescritti adempimenti amministrativi. Resta fermo che tale
consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Firma _____