



Distretto Asolo

**Oggetto:** richiesta di valutazione UVMD per l'accesso a servizi residenziali e semiresidenziali per anziani.

Al Presidente UVMD  
Distretto Asolo  
Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana

|  |                |             |
|--|----------------|-------------|
| Il/la sottoscritto/a   | codice fiscale |             |
| nato/a a   | ( ) il         | residente a |
| c.a.p.   | indirizzo      | n.          |
| 1° telefono  | 2° telefono    |             |
| domiciliato/a (indicare solo se diverso dalla residenza)                   |                |             |
| in qualità di (persona interessata, familiare, rappresentante legale, ...) |                |             |
| <b>e-mail</b>  |                |             |

**CHIEDE**

l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale del Distretto Asolo

- per se stesso  
 per la persona di seguito indicata:

|  |                |            |
|--|----------------|------------|
| sig./ra  | codice fiscale |            |
| nato/a a   | ( ) il         |            |
| residente a  | c.a.p.         |            |
| indirizzo  | n.             | , telefono |
| domiciliato/a (indicare solo se diverso dalla residenza) |                |            |

**affinché venga**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> accolto/a con la seguente modalità (barrare una sola opzione)*:                       |
| <input type="radio"/> accoglienza residenziale definitiva  |
| <input type="radio"/> accoglienza residenziale temporanea  |
| <input type="radio"/> accoglienza diurna   |
| <input type="radio"/> accoglienza residenziale temporanea in servizio di alta protezione Alzheimer             |
| <input type="checkbox"/> rivalutato/a per aggravamento delle condizioni psico - fisiche – sociali, trovandosi: |
| <input type="radio"/> in domicilio privato   |
| <input type="radio"/> in struttura residenziale .....  |
| <input type="checkbox"/> trasferito dal Centro di Servizi ..... al Centro di Servizi .....                     |

\* presentare una domanda per ogni progetto di accoglienza richiesto.

Trattasi di:  prima domanda  
 rinnovo

Distretto Asolo

Il sottoscritto è interessato all'ingresso in Centri di Servizi per non autosufficienti; segnala pertanto le strutture di proprio interesse.

| distretto       | Comune                | Centro di Servizio                           | n. telefono | scelta * |
|-----------------|-----------------------|--|-------------|----------|
| Asolo           | Castelfranco Veneto   | Centro residenziale per anziani "D.Sartor"   | 0423/738111 |          |
| Asolo           | Cavaso del Tomba      | Casa di soggiorno "Prealpina" S.r.l.         | 0423/562165 |          |
| Asolo           | Crespano del Grappa   | Casa di riposo "Aita"                        | 0423/930984 |          |
| Asolo           | Vedelago              | Centro residenziale per anziani "Mons. L.C." | 0423/704000 |          |
| Asolo           | Vedelago              | Centro Civitas Vitae                         | 0423/704000 |          |
| Asolo           | Cornuda               | Casa di riposo "Villa Fiorita"               | 0423/83595  |          |
| Asolo           | Crocetta del Montello | Casa di riposo per anziani "Villa Belvedere" | 0423/86289  |          |
| Asolo           | Montebelluna          | Casa di riposo "Umberto I"                   | 0423/287101 |          |
| Asolo           | Pederobba             | IPAB "Opere Pie di Onigo"                    | 0423/694718 |          |
| Asolo           | Valdobbiadene         | Residenza per Anziani "San Gregorio"         | 0423/9778   |          |
| Asolo           | Vidor                 | Casa di riposo e Opere pie riunite           | 0423/985153 |          |
| Asolo           | Volpago del Montello  | Casa di riposo "Guizzo Marseille"            | 0423/620106 |          |
| extra Distretto | .....                 | .....  |             |          |

\* indicare il n. di priorità ovvero barrare con "x"

- Chiede di essere contattato SOLO per posti disponibili presso le strutture prescelte  
 Chiede di essere contattato PER QUALSIASI POSTO disponibile nei Centri di servizio sopra elencati  
**(barrare una sola casella)**

*È informato che:*

- la valutazione UVMD per l'accesso ai Centri di Servizio per persone non autosufficienti ha **validità annuale**; se dopo tale termine non vi è stata risposta e vi sia ancora interesse, dovrà essere rinnovata la richiesta;
- nel momento in cui può essere assegnata un'impegnativa di residenzialità, l'ULSS ne dà comunicazione al servizio sociale comunale di competenza e al Centro di servizi che ha il posto disponibile; pertanto il sottoscritto potrà essere contattato dal servizio sociale comunale di competenza o, in alternativa, dal Centro di Servizi;
- in qualsiasi momento può comunicare alla segreteria UVMD, tramite il servizio sociale comunale, una **diversa indicazione delle strutture prescelte**, rinnovando la domanda.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della L. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti all'art. 7 del codice.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Data ricezione domanda \_\_\_\_\_

timbro

Firma dell'addetto che riceve la domanda \_\_\_\_\_

dell'Ente

NB: Il presente modulo va consegnato al servizio sociale del Comune di residenza, che provvederà poi a inoltrarlo al Servizio amministrativo distrettuale di Asolo, unitamente alla scheda SVAMA.