Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore — Regione Lombardia
ASST Crema

MODULO RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
Attivazione misure e servizi a sostegno della famiglia e di suoi componenti fragili
MISURA RESIDENZIALITA' ASSISTITA

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME E NOME

NATO IL

IN QUALITA' DI

- ☐ INTERESSATO
- ☐ CARE GIVER
- ☐ FAMILIARE
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- ☐ TUTORE
- ☐ CURATORE

COMUNE DI RESIDENZA - Indirizzo (Via e n° civico)

TELEFONO

RICHIEDE LA VALUTAZIONE A NOME DEL SIG./RA

INSERIRE I DATI DEL BENEFICIARIO SE DIVERSI DAL RICHIEDENTE :

COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO

NATO IL

CODICE FISCALE

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO (VIA E NUMERO CIVICO)

MEDICO MMG / PLS DI RIFERIMENTO

ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO

MOTIVAZIONI A SUPPORTO DELLA RICHIESTA

DATA _____ FIRMA _____

RECAPITI DI RIFERIMENTO

U.O. Cure socio sanitarie - Via Gramsci , 13 Crema - Tel. 0373/8993.52-.49-.76
E-Mail : curesociosan@asst-crema.it