

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE CONGIUNTA PER
L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI DOMICILIARI E/O RESIDENZIALI**

Unità Operativa

Il sottoscritto Dr
(Medico dell'U.O. richiedente)

CHIEDE

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE CONGIUNTA PER L'ACCESSO ALLA RETE
DEI SERVIZI TERRITORIALI

- RSA (Residenza Sanitaria Assistita)
- Cure Domiciliari
- Cure Palliative

per l'assistito Signor/ranato/a.....

il..... residente a

Via.....n°

tel..... C.F.....

Diagnosi di dimissione.....

Familiare di riferimento..... tel.....

Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta.....

Tel.....

Data prevista per la dimissione.....

Note.....

Data.....

Medico dell'Unità Operativa
(Firma e timbro)

.....

