

ALLEGATO 5

PUNTO UNICO DI ACCESSO DI SOVERATO

Oggetto: SCELTA STRUTTURA RESIDENZIALE (ALLEGATO 1)

SI PRECISA, ALTRESI', CHE IL /LA RICHIEDENTE/DELEGATO/A
SIG. _____

NATO IL _____ TEL. _____ CELL. _____

IN QUALITA' DI _____ DEL SIG./RA _____

CON LA PRESENTE, SI ASSUME LA RESPONSABILITA' DI AUTOCERTIFICARE LA DELEGA STESSA E CHE
E' STATO INFORMATO SUL VENTAGLIO DI STRUTTURE OPERANTI NEL NOSTRO TERRITORIO (RSA E
CP) DELLE ATTUALI LISTE D'ATTESA E DEGLI EVENTUALI TEMPI DI ATTESA IN RELAZIONE ALLE
ULTIME PROROGHE

FIRMA DELEGATO/A _____

INFORMATO DI QUANTO SOPRA E DEL VENTAGLIO DI DISPONIBILITA' IL SIG./RA DELEGATO/A
SCEGLIE:

RSA _____

CP _____

STRUTTURA RIABILITATIVA _____

SI RENDE ULTERIORMENTE EDOTTO/A IL/LA DELEGATO/A SU EVENTUALI IMPREVEDIBILI
CRITICITA' CHE POTREBBERO SOPRAVVENIRE, INVITANDOLO/A A PRESENTARSI MARTEDI' P.V.
(DATA _____ ORA _____) PER LA DECISIONE ULTIMA DELLA
SCELTA.

QUANTO SOPRA, QUALORA NON SOPRAVVENISSERO ULTERIORI IMPREVISTI, POTRA' ESSERE
SUPERATO DALLA SEMPLICE COMUNICAZIONE TELEFONICA DELL'OPERATORE PUA.

SOVERATO _____

OPERATORE PUA/ASSISTENTE SOCIALE: _____

IL/LA DELEGATO/A _____

REGIONE CALABRIA**ASP DI CATANZARO**

PUNTO UNICO DI ACCESSO Ambito di

Oggetto: SCELTA STRUTTURA RESIDENZIALE

RICHIEDENTE:

Cognome _____ Nome _____

Nat __ a _____ il _____

ASSISTITO:

Cognome _____ Nome _____

Nat __ a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

ATTESO che dalla documentazione prodotta l'utente risulta residente nel territorio di competenza di questa A.S. ed in possesso dei requisiti previsti a poter fruire degli interventi di assistenza residenziale e/o semiresidenziali

CHIEDE

Che compatibilmente alla valutazione dell'U.V.M. possa essere ospitato nella struttura sotto indicata:

Cod. Reg.	Tipologia	Struttura Prescelta
R1	RSA 3	
R2	RSA A	
R2	RSA D	
R3	CP A	
R3	CP D	
SR1	Riab.est. a C.C.	
SR1	Riab. est. a C.D.	
	Riab. Est. Ambulatoriale	
	Riab. Est. P.G.	
	D.C.A.	
	SLA	
	Autismo	

Data _____

Firma _____