



Spett. Azienda ULSS n.2 Marca trevigiana
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37
31100 Treviso

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario _____

MODULO RICHIESTA DI ATTIVAZIONE U.V.M.D.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

Tel. della persona di riferimento da contattare: _____

*in qualità di _____

(*da compilare solo se persona diversa dall'interessato indicando il grado di parentela o altro titolo in base al quale è legittimato a presentare l'istanza)

CHIEDE

l'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale per sé stesso/a (se la domanda viene compilata dall'interessato)

*oppure per l Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ CAP _____ prov. _____

in via/piazza _____ n. _____

data iscrizione anagrafica _____ Tessera Sanitaria n. _____

Medico di Medicina Generale _____

AFFINCHÉ VENGA

a. accolto/a presso i centri di servizio per anziani non autosufficienti indicati nel modulo "Strutture" secondo la priorità di scelta, per il seguente progetto:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ricovero definitivo |
| <input type="checkbox"/> | Ricovero temporaneo dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ricovero centro diurno |
| <input type="checkbox"/> | Ricovero in Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA) |
| <input type="checkbox"/> | Ricovero in Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP) |
| <input type="checkbox"/> | Altro: |

b. rivalutato/a per aggravamento delle condizioni psico - fisiche - sociali

Trasferito/a dalla Casa di Riposo: _____

alla Casa di Riposo: _____

Dichiara di essere informato che qualora la domanda sia presentata da un parente o altro familiare "di riferimento" sarà opportuno attivarsi per la nomina dell'Amministratore di Sostegno.

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 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 dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data _____

Firma _____

ELENCO DEI CENTRI DI SERVIZI RESIDENZIALI AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA – DISTRETTO TREVISO

Posti letto autorizzati/accreditati per non autosufficienti

Barrare con una X la/e struttura/e scelta/e indicando l'ordine di priorità (1°, 2°, 3°..).

| ELENCO CENTRI DI SERVIZI PER DISTRETTO | LIVELLO | | COMUNE | STRUTTURA SCELTA | | NUMERI TELEFONICI |
|--|---------|----|-------------------|------------------|----|-------------------|
| | 1° | 2° | | X | N° | |
| DISTRETTO SUD - TREVISO | 1° | 2° | | X | N° | |
| ISRAA | | | TREVISO | | | 0422/4146 |
| Menegazzi (**) | • | • | | | | 0422/414511 |
| Zalivani | • | | | | | 0422/414811 |
| Casa Albergo | • | | | | | 0422/414750 |
| Residenze per Anziani Città di Treviso (*) | • | • | | | | 0422/414411 |
| SUORE FRANCESCANE | • | | TREVISO | | | 0422/417711 |
| PENSIONATO S. VINCENZO | • | | TREVISO | | | 0422/361410 |
| FONDAZIONE VILLA D'ARGENTO | • | • | SILEA | | | 0422/460170 |
| DISTRETTO SUD - MOGLIANO | 1° | 2° | | | | |
| CASA SOGGIORNO VILLA DELLE MAGNOLIE | • | • | MONASTIER | | | 0422/896302 |
| CASA DI RIPOSO COSULICH – Ca' dei Fiori | • | | CASALE sul SILE | | | 0422/820567 |
| RESIDENZA PER ANZIANI "CITTÀ DI RONCADE" | • | • | RONCADE | | | 0422/707445 |
| RESIDENZA CASAMIA CASIER | • | | CASIER | | | 0422/382170 |
| CASA DI RIPOSO "S. MARIA DE' ZAIRO" | • | | ZERO BRANCO | | | 0422/486204 |
| ISTITUTO GRIS | • | | MOGLIANO V.to | | | 041/5998105 |
| DISTRETTO NORD - VILLORBA | 1° | 2° | | | | |
| CASA ALLOGGIO E CENTRO DIURNO DI PAESE | • | | PAESE | | | 0422/451118 |
| CASA DI RIPOSO MARANI E RSA | • | • | VILLORBA | | | 0422/608754 |
| CASA DI RIPOSO COMUNALE | • | | POVEGLIANO | | | 0422/870041 |
| CENTRO RESIDENZIALE TRE CARPINI | • | • | MASERADA | | | 0422/777811 |
| VILLA DR. TOMASI | • | | SPRESIANO | | | 0422/725026 |
| DISTRETTO NORD - ODERZO | 1° | 2° | | | | |
| RESIDENZA PER ANZIANI ODERZO (**) | • | • | ODERZO | | | 0422/507711 |
| O.I.C. SIMONETTI | • | | ODERZO | | | 0422/8161 |
| CASA DI RIPOSO "TOMITANO E BOCASSIN" | • | • | MOTTA di LIVENZA | | | 0422/860018 |
| CASA ALBERGO "A. RUSALEN" | • | | MEDUNA di LIVENZA | | | 0422/865127 |
| CASA DI RIPOSO DI PONTE DI PIAVE | • | | PONTE di PIAVE | | | 0422/759137 |
| FONDAZIONE S. PAOLO | • | | S. POLO di PIAVE | | | 0422/856637 |
| CASA "LUIGI E AUGUSTA" | • | • | ORMELLE | | | 0422/751135 |

(*) compresa Sez. Alta Protezione Alzheimer.

(**) compresa Sez. Stati Vegetativi Permanenti.

| | | | |
|-------------------------------|---|----|--|
| Altre strutture fuori ULSS 2: | X | N° | |
| | | | |

Chiedo di essere contattato/a solo per posti disponibili presso le strutture prescelte.

Firma

Luogo, data _____