

Verbale UVM n. _____ del _____

E pc. ("strutture scelte")

Comunicazione di inserimento in LISTAD'ATTESA PROVINCIALE

PAZIENTE: _____, nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in via _____

TELEFONO/CELL. _____ MAIL _____

NOME DEL CAREGIVER _____ TEL _____

PRIORITA' SI ... NO

DOP: SI ... NO

Breve descrizione della problematica socio sanitaria:

Provenienza: Domicilio SI ... NO ricoverato: SI ... NO

Setting assistenziale individuato (RR 4/2019)

RSA non autosufficienti:

estensivo Anziani	Tipo A	mantenimento Anziani	Tipo A
estensivo Demenze	Tipo B	Mantenimento Demenze	Tipo B

Strutture scelte: _____

Setting assistenziale individuate (RR 5/2019)

Disabili Gravi Tipo A

