
 Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Lodi	RICHIESTA RIVALUTAZIONE	Pr.62-Mod 13 Rev. 0
Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi	Data: 18/10/2017 Pagina 1 di 3	

Direzione Socio Sanitaria
Dipartimento Bassa Intensità/R.I.C.C.A.
U.O.C. Disabilità ed Integrazione Sociale
Resp. Dott.ssa Marisa Pariscenti

Data di compilazione _____

Servizio inviante _____

In carico dal _____

Indirizzo _____ tel. _____

Operatore/i di riferimento _____

Altri Servizi coinvolti _____

Operatore/i di riferimento _____

Indirizzo _____ tel _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

via _____ n° _____ tel. _____

altri recapiti telefonici _____

Stato civile: Celibe; Nubile; Coniugato/a; Convivente; Separato/a; Divorziato/a; Vedovo/a

Il soggetto vive Famiglia Comunità Centri residenziali handicap Altro



Se non vive in famiglia indicare:

Denominazione della struttura _____

Indirizzo _____ tel _____

Referente/i _____

Data di inserimento _____

 Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Lodi	RICHIESTA RIVALUTAZIONE	Pr.62-Mod 13 Rev. 0 Data: 18/10/2017 Pagina 2 di 3
Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi		

Composizione del nucleo familiare

cognome e nome	età	rapporto di parentela	occupazione

E' presente tutore o amministratore di sostegno: SI NO In fase di istruttoria

Se SI: Cognome e nome _____ dal _____

Invalidità civile data seduta _____



Giudizio della commissione _____

Diagnosi _____

QUADRO SOCIALE E PROGETTO DI INTERVENTO DEL SERVIZIO INVIANTE

MOTIVAZIONE DELL'INVIO ALLA NS. U.O.

FIRMA A.S. SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE

 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Lodi</p>	<h2>RICHIESTA RIVALUTAZIONE</h2>	<p>Pr.62-Mod 13</p> <p>Rev. 0</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>	<p>Data: 18/10/2017</p> <p>Pagina 3 di 3</p>	

ADESIONE ALLA SEGNALAZIONE ED AUTORIZZAZIONE ALLA RICHIESTA DI RIVALUTAZIONE

(deve firmare l'interessato, a meno che non sia stato nominato un tutore o amministratore di sostegno, pena la decadenza della richiesta)

COGNOME.....

NOME.....

luogo, data.....

FIRMA

N.B. E' necessario allegare relazioni specialistiche in caso di aggravamento della patologia rispetto alla precedente valutazione e relazioni di aggiornamento di strutture in caso di inserimento.