Equipe di valutazione Multidimensionale

Ambito Territoriale _____

Inserire logo ASST

MODULO ATTIVAZIONE ENTE EROGATORE:

- ☐ **ADI:** ☐ **PROFILO PRESTAZIONALE** ☐ **PROFILO ASSISTENZIALE**
- ☐ **MISURA n. 2 - Residenzialità Leggera/Assistita**
- ☐ **MISURA Residenzialità Assistita in Comunità Religiose**
- ☐ **MISURA n. 4 – RSA Aperta**
- ☐ **VOUCHER B1** ☐ **ALTRO_____**

Il sottoscritto Sig./ra _____

In qualità di:

☐ **Utente**

☐ **Familiare/caregiver/Amministratore di Sostegno**

Sceglie l'Ente Erogatore: _____

RECAPITO ENTE: Tel._____

Fax_____

Mail_____

☐ **Attiva direttamente l'Ente Erogatore scelto e lo comunica all'Operatore dell'équipe di valutazione**

☐ **Autorizza l'Operatore dell'équipe di valutazione all'attivazione**

Modalità effettuazione scelta:

☐ **Telefonica** ☐ **mail** ☐ **altro_____**

Autorizzo l'archiviazione e la trasmissione delle informazioni personali agli Enti Erogatori della rete dei servizi nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità all'informativa ex art.13 D.lgs.196/03

LUOGO / DATA _____

Firma: Operatore ASST

Firma: Familiare/caregiver/Amministratore di Sostegno