

allegato a

RICHIESTA ATTIVAZIONE UVM DSM-DP

ASL DI PIACENZA

Il/La sottoscritt _____ in
qualità di _____

CHIEDE

l'attivazione dell'UVM per il/la sig _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____.

in carico a: CSM ☐ SERT ☐ COLLEGAMENTO ☐

provenienza: ☐ domicilio ☐ Struttura (specificare) _____

attivazione Budget di Salute: ☐ sì (Cerchio Verde) ☐ no

per la seguente motivazione:

Si allega la seguente documentazione obbligatoria:

- 1 Scale di valutazione (ADL – IADL, mini ICF, Honos)
- 2 Relazione medico / assistente sociale del CSM competente
- 3 Supervisione clinica del caso per i pazienti in carico ai CSM
- 4 Condizione di Tossicodipendenza (Per i pazienti SerT)
- 5 Altro

data _____

Firma
