

Al Responsabile CRA

e p.c. Al Responsabile del Programma Integrato Disabilità e Salute

CONSULENZA CENTRO REGIONALE AUSILI

ANAGRAFICA UTENTE

Nome e cognome	_____				
Nato/a il	_____	Città	_____	Prov.	_____
Residenza	Via.	_____	Comune	_____	
Cap	_____	Prov.	_____		
Telefono	_____	Fax	_____	E-mail	_____

INFORMAZIONE SULLA PERSONA

Diagnosi clinica	_____

Patologie associate	_____

Note	_____

Precedenti rapporti con Centri Ausili:	_____

OPERATORE CHE RICHIEDE LA CONSULENZA

Nome e cognome	_____				
Ruolo	_____	U.O.	_____		
A.S.L.	_____	Distretto	_____		
Recapito, indirizzo completo	_____				
Telefono	_____	Fax	_____	E-mail	_____
Data	_____				

CHI PARTECIPERÀ ALLA CONSULENZA PRESSO CENTRO REGIONALE AUSILI?

Nome	Ruolo

INFORMAZIONI SULLA RICHIESTA

Per quali funzioni e/o ambiti viene richiesta la consulenza al Centro Regionale Ausili?

1. MOBILITÀ PERSONALE
2. COMUNICAZIONE
3. CURA E PROTEZIONE PERSONALE
4. CURA DELLA CASA E ALIMENTAZIONE
5. ADATTAMENTI PER L'AMBIENTE:
 - a. CASA
 - b. SCUOLA
 - c. LAVORO

Dettagliare i quesiti della consulenza

Data _____ Firma operatore/utente che richiede la consulenza _____

Data _____ Firma del Responsabile UO/ Servizio o Struttura/Ente _____

**Compilato a cura del Responsabile Programma Disabilità e Responsabile professionale
DATeR in collaborazione con il Responsabile CRA (ditta aggiudicataria):
alla luce della richiesta si prevede che la consulenza richieda il coinvolgimento di
numero ore/operatore per qualifica**

ingegnere per ore _____

fisioterapista per ore _____

terapista occupazionale per ore _____

educatore per ore _____

per un totale di ore _____

Spostamento per la valutazione dell'ambiente di vita situato nel Comune di

SI **NO**

data _____

firma Responsabile Ditta aggiudicataria _____

firma Responsabile Professionale DATeR _____

firma Responsabile Programma Integrato Disabilità e Salute _____