

ALLEGATO 1 – SCHEDA DI ACCESSO

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 _____

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 _____