

RINNOVO progetto assistenziale
per applicazione art 18 L.R. 23/2010
alternativa all'istituzionalizzazione

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale del
Distretto n. _____ esaminata nell'incontro del
la documentazione presentata

Tenuto conto della condizione psico-fisica e socio-ambientale della /del /dei Sig.ra/Sig./Sigg.ri _____

AVALLA il progetto assistenziale, alternativo all'istituzionalizzazione, elaborato a copertura delle 24 ore giornaliere .

> il parere sul progetto ha validità sino al __/__/20__ (*per progetti a tempo indeterminato ha validità biennale*)

> il parere ha validità sino al __/__/20__ (*per progetti a tempo determinato*)

NON AVALLA il progetto assistenziale, alternativo all'istituzionalizzazione, elaborato a copertura delle 24 ore giornaliere per le seguenti motivazioni:

NOTE EVENTUALI: _____

QUALIFICA	NOME E COGNOME	FIRMA
Medico Coordinatore dell'U.V.M.D.		
Coordinatore infermieristico		
Coordinatore Servizi per anziani (Assistente sociale)		
In sostituzione del		
<input type="checkbox"/> Medico Coordinatore UVMD		
<input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico		
<input type="checkbox"/> Coordinatore Servizi per anziani		