REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

CGf

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI CON DISABILITA' FISICO-MOTORIA - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a_____(_____) il |__|__||__|__||__|__|__|__|

Codice Fiscale |_|_|_||_|_|_||_|_|_|_|_||_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____ (_____)

in via_____n._____ telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____(_____)

in via_____n._____ telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr._____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

Età compresa tra 18 e 64 anni: ❑

Grave disabilità fisico-motoria (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennità di accompagnamento: ❑

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità[1]	
Valore ISEEi €	|__|__|.|__|__| _____|,00
Punteggio ISEE **[30.000,00 / ISEEi[2]]**	
Punteggio per l'inserimento in graduatoria **TOT.**	

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il responsabile dell'UVMD

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati:
Certificazione ISEE,
Scheda valutazione disabilità,
Certificazione ai sensi della Legge 104/1992

[1] Espresso in sessantesimi
[2] Se ISEEi <1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00