



ICDm

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

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

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

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

- 1) Presenza di gravi disturbi comportamentali rilevata dal MMG: punteggio PCOMP da SVaMA = |_|¹
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDm)
- 3) Valore ISEE familiare: |_|_|_|_|. |_|_|_|_|_|,00 €

Data di compilazione |_|_|_|_|||_|_|_|_|||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

¹ Valori ammessi: 2 o 3.

