Lettera raccomandata A/R

 **ALLA AZIENDA SANITARIA ASL**

c.a.

**Direttore Generale**

Al Direttore Distretto

Al Responsabile PUA

c.a

**Ufficio di Piano Distretto Socio-Sanitario**

**AL COMUNE DI**

**Responsabile Servizi Sociali**

Ladispoli , ………../………/…………

Oggetto: Richiesta di attivazione dell’UVMDai sensi della normativa regionale vigente (in conformità al DCA n.431/12 e Legge regionale n.11/2016) e aggiornamento Piano Assistenziale Individuale (PAI) di …………………………………………..

Il/la sottoscritt……………………………………………………….mamma/padre/tutore/amministratore di sostegno di ………………………………………….nato a……………………………il………………………residente a………………………………….in via………………….cap…………affetto da ……………………………………………………, in carico presso i Servizi Sociale del Comune di …………………, inserito/non inserito nei progetti del Piano Sociale di Zona , inserito/non inserito nei Servizi Sanitari del vostro distretto

Alla luce degli evidenti cambiamenti di vita della ragazz/a/o , terminato il percorso educativo e didattico, in conformità con la Legge 112/2016 sul Dopo di Noi, al fine di attivare un Durante Noi affine alle sue esigenze e abilità residue

Chiede

Che la Direzione del Distretto attivi l’UVMD ai sensi della normativa regionale vigente (in conformità al DCA n.431/12 e Legge regionale n.11/2016) e l’aggiornamento Piano Assistenziale Individuale (PAI) di mio figlio/del mio assistito.

In attesa di una Vostra gentile risposta, invio cordiali saluti

Firma leggibile…………………………………

Indirizzo completo………………………………..

Cellulare………………………………………….

Mail……………………………………………….