



Spett.le  
Unità di Continuità Assistenziale  
Multidimensionale (U.C.A.M.)  
Distretto di Chiari

## RICHIESTA DI PREFERENZA

Il/la sottoscritto/a ..... data di nascita .....

Codice Fiscale ..... Tessera Sanitaria n° .....

Comune di residenza ..... Prov. .... Via  
..... telefono .....

## CHIEDE

Rispetto al proprio eventuale collocamento in C.D.I. esprime le seguenti preferenze :

Clusane

Capriolo

Castrezzato

Passirano

Palazzolo s/O.

Chiari

Paratico

Pontoglio

Coccaglio

Trezano

Rovato

*(Segnare con 1 per preferenze d'inserimento provvisorio e con 2 per preferenze d'inserimento definitivo)*

Per eventuali variazioni nelle preferenze, aggiornare questo modulo richiedendolo ai Servizi Sociali.

..... li .....

In fede

.....  
(firma del richiedente)

oppure

.....  
(firma del TUTORE o del PARENTE)  
(specificare il grado di parentela)