

**ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. TO1**

(Via Gradisca, 10 10136 Torino - Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

In qualità di:  diretto interessato  tutore  
 amministratore di sostegno

**CHIEDE**

che il sottoscritto (se diretto interessato)/la persona sottoindicata sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale per la definizione di un Progetto di assistenza

In qualità di:

convivente (specificare).....

prossimo congiunto (specificare il grado di parentela).....

altro (specificare).....

**SEGNALA**

la persona sotto indicata affinché codesta UVG verifichi la sussistenza dei presupposti per sottoporre la persona medesima a Valutazione Multidimensionale al fine della definizione di un Progetto di assistenza

**Interventi domiciliari socio sanitari**

**Inserimento in Centro Diurno**

**Ricovero in struttura residenziale**

**(Non compilare le successive 4 righe se la domanda è presentata dal diretto interessato)**

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Se la persona è già ricoverata in struttura residenziale, indicare la residenza precedente all'inserimento in struttura:**

precedente residenza \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Medico Curante: \_\_\_\_\_ studio \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, che della presente segnalazione sono stati informati:

l'interessato:  si  no  
perché .....

i familiari:  si  no  
perché .....

A tal fine:

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.*
- *Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione geriatrica; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgv.196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Lei può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria UVG.*

### COMUNICA CHE

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio Sanitario <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Quale
Servizio Sociale <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Quale

Allega alla presente domanda la documentazione ritenuta di utilità per una migliore valutazione medica, infermieristica e sociale.

### CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig.
Via/piazza ..... n..... Comune.....

### CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La richiesta può essere presentata:

- direttamente allo sportello U.V.G. nei giorni lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30
- via posta al seguente indirizzo: Via Gradisca, 10 - 10136 Torino
- via mail all'indirizzo [uvq@aslto1.it](mailto:uvq@aslto1.it)
- via fax al n. 01170953157