

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 a _____ il _____

stato civile _____ titolo di studio _____ codice fiscale _____

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 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 _____

stato civile _____ titolo di studio _____ codice fiscale _____

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 _____

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 il/la suddetto/a

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.....Cap.....Provincia..... |

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_____

Documento.....n°..... rilasciato da.....il.....

(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la domanda)