

	M APISS 014 DOMANDA UNITA' VALUTAZIONE GERIATRICA	Data di emissione: 14/10/2013 rev. 1 Approvato ed emesso in originale
---	---	--

Prot. n. _____ / Tit. _____

Data _____

**ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. TO3
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

in qualità di:	<input type="checkbox"/> diretto interessato	<input type="checkbox"/> tutore/curatore
	<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> procuratore
CHIEDE CHE		
il sottoscritto(se diretto interessato) /la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.V.G. per la definizione di un Progetto socio-sanitario .		

in qualità di:
<input type="checkbox"/> coniuge/convivente (specificare)
<input type="checkbox"/> prossimo congiunto (specificare grado di parentela)
<input type="checkbox"/> altro (specificare)
SEGNALA
la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro), affinché codesta U.V.G. sottoponga la medesima a Valutazione Multidimensionale, al fine della definizione di un Progetto socio-sanitario

(il riquadro successivo non deve essere compilato se la domanda è presentata dal diretto interessato, in quanto i dati richiesti sono già stati compilati)

il/la sig./ra _____
nato/a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Cap. _____
Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____

Stato civile _____ Codice fiscale _____

Domiciliato a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Medico Curante: _____ tel. _____

A tal fine:

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. 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.*

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale

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

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra	_____
Via / piazza	_____
Comune	_____ CAP _____
email	_____

Data __ / __ / ____

(Firma di chi presenta l'istanza)

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

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. al seguente numero telefonico

Espressione di **CONSENSO** al Trattamento dei **DATI**

Artt. 81 -82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o (se diverso dal diretto interessato) con delega e documento anche del delegante

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia) _____

in via (indirizzo) _____

oppure

il/la Sig./Sig.ra _____

Rappresentante legale Coniuge/Convivente Prossimo congiunto/Familiare

informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., 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.Lgs. 196/2003 e s.m.i., oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;
- 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;

per il trattamento dei dati personali e sensibili

presta il suo consenso: data ____ / ____ / ____ Firma di chi esprime il consenso _____

nega il suo consenso: data ____ / ____ / ____ Firma di chi nega il consenso _____