

Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria
da presentare in duplice copia (una copia verrà restituita a titolo di ricevuta)

Prot. n. _____/Tit. _____

Data _____

ALL' UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. TO3
Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona,
anche del proprio

RICHIESTA

SEGNALAZIONE

di **Valutazione Multidimensionale**

sanitaria

di **Rivalutazione sociale**

socio-sanitaria

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il **Signor/ra** _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

domiciliato presso _____ Comune _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

Codice Fiscale _____

Medico Curante: _____ tel. _____

La richiesta è avanzata dal:

diretto interessato

o dal tutore amministratore di sostegno

Sig/ra _____ nato/a

a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____ residente a

_____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

email: _____

La segnalazione è avanzata dal

- coniuge/convivente (specificare) _____
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____
- altro (specificare) _____

Sig/ra _____

nato a _____ Prov _____ il ____/____/____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e - mail _____

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 (nell'ultimo anno) interventi da

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

Per la **valutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda la seguente documentazione necessaria:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Attestazione di richiesta del Modello ISEE / Dichiarazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ISEE ordinario se in corso di completamento iter Invalidità Civile)
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

L'eventuale dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU deve essere allegata alla presente richiesta di valutazione (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).

Allega, inoltre, la seguente documentazione ritenuta di utilità per la valutazione sanitaria e/o sociale:

- _____
- _____
- _____
- _____

=====

Per la **rivalutazione sanitaria** allega alla presente domanda:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria

- _____
- _____

=====

Per la **rivalutazione sociale**:

ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016 rappresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- Variazione condizioni economiche
- Variazione condizioni familiari
- Variazioni condizioni abitative
- Altro _____

=====

Per la **rivalutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria

- _____
- _____

e per quanto riguarda la rivalutazione sociale, ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016, rappresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- Variazione condizioni economiche
- Variazione condizioni familiari
- Variazioni condizioni abitative
- Altro _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

=====

Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore di sostegno).

In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.

Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

=====

AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA

Ai sensi della DGR 34-3309 del 16/05/2016, qualora, dopo la presentazione di richiesta di valutazione, la persona interessata, cambi residenza e questo comporti anche cambio di ASL di appartenenza, deve comunicare per iscritto il cambio di residenza, **entro 15 giorni** dalla data di richiesta di cambio di residenza, alla nuova ASL di residenza.

Sulla base della data di comunicazione del cambio di residenza rispetto all'iter di valutazione si potranno avere i seguenti casi a) e b):

- a) Nel caso in cui non sia stata effettuata o completata la valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza considererà valida la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:
- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
 - l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
 - la Scheda Informativa Sanitaria;
 - l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
 - la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

L'UVG dell'ASL di nuova residenza procederà quindi ad effettuare la valutazione socio-sanitaria.

- b) Nel caso in cui la persona interessata abbia già ricevuto l'esito della valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza deve considerare valida:
- la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:
 - il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
 - l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
 - la Scheda Informativa Sanitaria;
 - l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
 - la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);
 - la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale.

A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

La persona interessata, in caso di omessa comunicazione **entro 15 giorni** dalla richiesta di cambio di residenza anagrafica, deve ripresentare alla ASL di nuova residenza una **nuova Richiesta di valutazione**, corredata da una nuova l'impegnativa del Medico di Medicina Generale, da una nuova Scheda Informativa Sanitaria, l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso quanto riportato nel presente paragrafo "AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA".

Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679

Gentile Utente, La informiamo che i dati personali da Lei forniti all'ASL TO3 (di seguito "Titolare") saranno trattati secondo quanto previsto dal "Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito GDPR)": i dati personali a Lei riferiti verranno raccolti e trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza, con modalità informatiche ed esclusivamente per finalità di trattamento dei dati personali dichiarati nella domanda.

Le tipologie di dati trattati sono:

- personali: quali ad esempio dati anagrafici, domicilio, residenza, codice fiscale, ISEE, stato civile, professione, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica personale;
- particolari: quali ad esempio dati sanitari, stato di salute, stile di vita;
- eventuali dati giudiziari.

Il trattamento è finalizzato all'espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

I dati acquisiti, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per i quali vengono comunicati ovvero per le finalità di valutazione socio sanitaria e susseguente individuazione del Progetto Individuale; l'acquisizione dei dati e il relativo trattamento sono obbligatori in relazione alla valutazione da effettuarsi; ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l'impossibilità del Titolare del trattamento a erogare il servizio richiesto.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dati (DPO) sono dpo@aslto3.piemonte.it

I recapiti del Titolare del trattamento dei dati personali sono: Azienda Sanitaria Locale Torino 3 (ASL TO3), con sede legale in Via Martiri XXX Aprile n° 30, 10093 Collegno (TO), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore - Pec : aslto3cert.aslto3.piemonte.it Telefono: +39 011 40171.

I Suoi dati saranno trattati esclusivamente da soggetti regolarmente Designati ed Autorizzati e Responsabili Esterni individuati dal Titolare o da soggetti incaricati individuati dal Responsabile, autorizzati e istruiti in tal senso, adottando tutte quelle misure tecniche e organizzative adeguate per tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che Le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato. Tutti gli operatori sono tenuti al rispetto della normativa di legge per quanto attiene la riservatezza dei dati trattati.

I Suoi dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (d.lgs. 281/1999 e s.m.i.) ai sensi dell'art. 17, par. 2, lettera j); art. 89, par. 1 del GDPR n. 679/2016;

I Suoi dati personali sono conservati per il periodo di almeno cinque anni. I Suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extraeuropeo, né di comunicazione a terzi fuori dai casi previsti dalla normativa in vigore né di processi decisionali automatizzati compresa la profilazione.

Potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, quali: la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; diritto di accesso, di cancellazione, la limitazione dei dati, l'aggiornamento, la rettifica, diritto di portabilità. Diritto di opposizione compreso il processo decisionale automatizzato, rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati (DPO) tramite i contatti di cui sopra o il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Lì _____ Data _____

L'Interessato o Suo Legale Rappresentante