

ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD-Minori) dell'ASL  
TO3 Distretto \_\_\_\_\_  
(Sportello Unico Socio-sanitario / Punto Unico di Accesso (PUA) / Segreteria UMVD)

**RICHIESTA**

di Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria

di Rivalutazione sociale  sanitaria

La richiesta per il minore *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_

è avanzata dal:

genitore/i o familiare esercente/i la responsabilità genitoriale (specificare).....  
 tutore  altri (specificare).....

**Sig/ra** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Sig/ra** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto/i è altresì consapevole/i che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di Consenso al trattamento dei dati, a firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale del minore destinatario della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore).**

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile di chi presenta l'istanza)

**Schema di informativa di consenso allegato in calce alla presente**

## UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD-MINORI)

### SCHEDA ANAGRAFICA E INFORMATIVA

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	via
recapito telefonico	
stato civile	codice fiscale
titolo di studio	
Frequenza scolastica in corso: Asilo Nido <input type="checkbox"/> Scuola Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola Sec.Inf. <input type="checkbox"/> Scuola Sec.Sup. <input type="checkbox"/> Formazione Prof.le <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Altro ..... Nessuna <input type="checkbox"/>	Occupabilità: Iscrizione C.P.I. <input type="checkbox"/> Ins.Lavorativo <input type="checkbox"/> Ins. Socializzante <input type="checkbox"/> Presso: ..... ..... Altro ..... .....
Persona con handicap (ex art.3 L.104/1992) Connotazione di gravità	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal ..... Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Invalità civile	Sì <input type="checkbox"/> percentuale ..... No <input type="checkbox"/> domanda in corso <input type="checkbox"/> dal .....
Cecità	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sordità	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
L 68/1999 Collocamento lavorativo mirato	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altra invalidità (specificare)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha presentato domanda di (specificare)	.....
Indennità di accompagnamento	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal.....
Indennità concessa a titolo di minorazione	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> quale .....dal..... quale ..... dal ..... quale .....dal ..... Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal.....
Esiste un: tutore/procuratore <input type="checkbox"/> curatore <input type="checkbox"/>	
Sig./Sig.ra _____	rec. tel. _____

La domanda è presentata in data ..... / ..... / .....

da: tutore/procuratore  curatore  familiare (specificare).....  
 altri (specificare).....

I dati e le informazioni sono stati forniti da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Rec. Telefonico \_\_\_\_\_

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Rec. Telefonico \_\_\_\_\_

Pediatra di Libera Scelta \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici MMG/PLS \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Già in carico al Servizio Sociale** Sì  dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No  Se sì: \_\_\_\_\_

Servizio Sociale competente \_\_\_\_\_

Assistente Sociale (cognome e nome) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Educatore (cognome e nome) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Già in carico al SSR** Sì  dal ..... No  Se sì: \_\_\_\_\_

Servizio/Servizi sanitari competenti \_\_\_\_\_

Medico specialista (cognome, nome e specialità) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Operatore sanitario (cognome, nome e qualifica) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Medico specialista (cognome, nome e specialità) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Operatore sanitario (cognome, nome e qualifica) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Altro (specialisti di fiducia) \_\_\_\_\_

ASL TO3 - U.M.V.D. Minori Distretto \_\_\_\_\_

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, iban, 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 (prevenzione, cura e riabilitazione) per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso con l'esercizio di pubblici poteri di cui è investito e potranno essere comunicati dal Titolare ai soggetti dei quali si avvale per lo svolgimento di attività necessarie per il raggiungimento di dette finalità. Potranno inoltre essere comunicati all'A.G. in seguito a espressa richiesta o, in base ad obblighi di legge, altri enti Del SSN, Organi di vigilanza sanitaria o responsabili esterni di cui il Titolare si avvale per le finalità istituzionali connesse con la presente domanda.

I dati acquisiti, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per i quali vengono comunicati, 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](mailto: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](mailto: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. p, 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 alla portabilità, diritto di opposizione compresi la profilazione e processo decisionale automatizzato, rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dati (DPO) tramite i contatti di cui sopra.

Infine, l'interessato può proporre reclamo ad un'autorità di controllo. Per l'Italia si può rivolgere al Garante per la Protezione dei dati personali, che ha sede in Roma (Italia), Piazza Venezia n. 11, C.A.P. 00187 - Centralino telefonico: (+39) 06.696771 - Fax: (+39) 06.69677.3785 - e-mail: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it) - PEC: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it)

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Genitore/i o tutore**

---