

Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria

**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"/>
Invalidità civile	Sì <input type="checkbox"/> percentuale No <input type="checkbox"/> domanda in corso <input type="checkbox"/> dal
Cecità Sordità L 68/1999 Collocamento lavorativo mirato Altra invalidità (specificare) Ha presentato domanda di (specificare)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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"/> qualedal..... quale dal qualedal 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

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. 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 - PEC: protocollo@pec.gpdp.it

Lì _____ Data _____

Genitore/i o tutore
