



**ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) DELL'A.S.L. "VC"**  
**Sportello Unico Socio Sanitario sede di \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_

in qualità di:  diretto interessato  tutore  amministratore di sostegno

**CHIEDE CHE**

Il sottoscritto (se diretto interessato) / la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.V.G. per la definizione di un Progetto socio-sanitario

In qualità di:

- convivente (specificare) .....  
 prossimo congiunto (specificare grado di parentela) .....  
 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

- Interventi domiciliari socio sanitari  
 Inserimento in Centro Diurno  
 Inserimento in Struttura Residenziale

*(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./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n°. \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Se la persona è già ricoverata in struttura residenziale, indicare la residenza precedente:**

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Lucia RUGOLO 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

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, informazioni 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 od al altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Consapevole di poter esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria U.V.G..**

**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 _____ n. _____
Comune _____ C.A.P. _____
Tel. _____ Cellulare _____
in qualità di:
<input type="checkbox"/> convivente (specificare) .....
<input type="checkbox"/> prossimo congiunto (specificare grado di parentela) .....
<input type="checkbox"/> altro (specificare) .....

**CONSENSO**

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 del D.lgs n. 196/2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

<b>Stesura:</b> Dott.ssa Lucia RUGOLO 31/1/2018	<b>Verifica:</b> Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	<b>Autorizzazione:</b> Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	<b>Emissione:</b> Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			