

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 ☐ Si ☐ No	Quale /i
Servizio sociale ☐ Si ☐ 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 E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

Gentile Interessato,

conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) tratterà dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione socio-sanitaria ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.

Finalità del trattamento

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La informiamo che il mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione.

In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.

Comunicazione e Diffusione

I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili potranno essere 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 agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;

Diritti dell'interessato

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è:

*Federica Rossignoli S.S. Area fragilità e non autosufficienza
Email: areafragilita.nonautosufficienza@aslto3.piemonte.it*

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 dell'interessato e, in caso di tutore o amministratore di sostegno, anche del proprio

Il Signor/ra _____
nato/a a _____ *il* _____
residente a _____ *in Via/Piazza* _____
telefono/cell. _____ *e-mail* _____
Cod. Fisc. _____

oppure (se impossibilitato)

in qualità di: ☐ *tutore* ☐ *amministratore di sostegno*

il/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale, di:

☐ *esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati*

☐ *negare il consenso al trattamento dei suoi dati*

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione/rivalutazione e in sua assenza non si potrà dare esito all'istanza).

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____