



**Richiesta di valutazione**

**ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. \_\_\_\_\_**  
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G. )

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

in qualità di:  diretto interessato  tutore/curatore  amministratore di sostegno  procuratore

**C H I E D E C H E**

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

residenziale  semiresidenziale  domiciliare

in qualità di:

coniuge/convivente (specificare) .....

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

altro (specificare) .....

**S E G N A L A**

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

residenziale  semiresidenziale  domiciliare

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

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_

**Cap.** \_\_\_\_\_

**Via/Piazza** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_ **tel.** \_\_\_\_\_

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

domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Medico Curante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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.

**C O M U N I C A C H E**

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 _____
Comune _____ CAP _____

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

Data \_\_\_\_\_

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

**N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. al seguente numero telefonico \_\_\_\_\_**

**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 o (se diverso dal diretto interessato) con delega e documento anche del delegante.

Io sottoscritto (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

oppure

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Rappresentante legale  Coniuge/Convivente

Prossimo congiunto/Familiare

informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. , 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 o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;

- può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria UVG;

**per il trattamento dei dati personali e sensibili**

presta il suo consenso: data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_

nega il suo consenso: data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma di chi nega il consenso \_\_\_\_\_