



**Mod.A - Richiesta di valutazione**

**Alla UNITA' di VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.)**

**RICHIESTA**       **SEGNALAZIONE**

di **Valutazione Multidimensionale**

di **Rivalutazione:**       **sanitaria**     **sociale**       **socio-sanitaria**

per la definizione di un **Progetto socio-sanitario** a favore di:

sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Medico Curante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**La richiesta è avanzata da**     diretto interessato     tutore     amministratore di sostegno

OVVERO

**La segnalazione è avanzata da**  
 coniuge/convivente (specificare) \_\_\_\_\_  
 prossimo congiunto (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_

sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ 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 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, inoltre, la seguente documentazione ritenuta di utilità per la valutazione sanitaria e/o sociale:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**CHIEDE CHE**

Eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./sig.ra _____	
Via/piazza _____	
Comune _____	CAP _____

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

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

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma di chi riceve la domanda)

**ATTENZIONE: alla consegna della domanda presentarsi con documento di identità valido**

**Documento** \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Rilasciato da** \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**N.B.in caso di variazione di residenza o rinuncia,** deve essere data tempestiva comunicazione alla Segreteria UVG di riferimento.

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso quanto riportato nel presente paragrafo "AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA".

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

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

*D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.  
e GDPR n. 2016/679 del 27.04.2016*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,  
per sé o in qualità di esercente la responsabilità tutoriale per

\_\_\_\_\_ (cognome e nome del soggetto sottoposto a misura di protezione),  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;

acquisite e comprese le informazioni fornite dal Titolare del trattamento sulla nota informativa consegnata, consapevole in particolare che il trattamento riguarderà i dati personali e sensibili, come esplicitato nell'informativa;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle finalità indicate nell'informativa e la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa allegata al presente modello (anche in relazione ad eventuali trasferimenti presso altri reparti o strutture sanitarie).

Torino \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_ Firma dell'esercente la responsabilità  
/ / \_\_\_\_\_ tutoriale

**inoltre AUTORIZZA (facoltativo)**

il trattamento dei dati ai fini di formazione, studio e ricerca scientifica da parte del personale dell'A.S.L. Città di Torino e degli studenti autorizzati.

Torino \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_ Firma dell'esercente la responsabilità  
/ / \_\_\_\_\_ tutoriale

**IN CASO D'INCAPACITÀ PSICO-FISICA TEMPORANEA dell'Interessato**

Il sottoscritto, Dott. \_\_\_\_\_, dichiara che il signor \_\_\_\_\_, non è nelle condizioni psicofisiche per poter esprimere il proprio valido consenso, pertanto ai sensi dell'art. 82 del D.Lgs. 196/03, il consenso al trattamento dei dati, previa informativa e fino al persistere dell'impossibilità da parte dell'interessato, viene rilasciato da:

- prossimo congiunto (specificare nome e cognome) - \_\_\_\_\_
- familiare (specificare nome e cognome) \_\_\_\_\_
- convivente (specificare nome e cognome) \_\_\_\_\_
- responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (specificare) \_\_\_\_\_

che indica altresì le persone a cui effettuare comunicazioni in merito alla salute del paziente.

Torino \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_ Firma di chi rilascia il consenso per l'interessato  
/ / \_\_\_\_\_