



## MODULO DI CONSENSO

### Espressione del consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell'interessato ai fini del Dlgs n. 196/2003 e all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale

Il sottoscritto ....., nato a ..... il ..... residente a ..... in Via ....., dichiarando di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (Art. 13 diritti dell'interessato, Art. 22 dati sensibili, Art. 23 dati sanitari) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti,

#### ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

##### 1. al trattamento dei dati personali

- propri
- del sig. .... nato a ..... il ..... in qualità di :  familiare  tutore  amm. di sostegno  curatore  Coord./Responsabile del Centro Servizi Residenziali

ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie;

##### 2. all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma leggibile

*Parte da compilare in caso di consenso firmato da un familiare o altra persona avente titolo*

*Il sottoscritto dr. .... dichiara che al momento della visita (il giorno ..... alle ore .....) il sig. .... nato il ....., non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra.*

*Firma del medico*



## AZIENDA ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE COORDINAMENTO DELLE CASE DI RIPOSO CONFERENZA DEI SINDACI DEL VENETO ORIENTALE

Data di pervenuto dell'Ente ricevente

Al Presidente  
del centro servizi residenziali

(oppure)

Al Direttore  
Del Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_

### DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN CENTRO SERVIZI RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI.

#### IL/LA SOTTOSCRITTO/A SIG./SIG.RA

Nome Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. di Telefono \_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

La valutazione da parte dell'UVM ai fini dell'iscrizione in graduatoria per l'accoglienza in Centro Servizi Residenziali per persone anziane non autosufficienti di tipo:

- residenziale (Centro Servizi Residenziali)
- prima valutazione
  - rivalutazione  rivalutazione urgente (allegare certificato medico o relazione sociale)
  - trasferimento  trasferimento in Centro Servizi di altra ULSS
  - passaggio di livello
  - passaggio fisiologico
  - dimissione protetta
  - accoglienza temporanea

- semiresidenziale (Centro Diurno per non autosufficienti)

- per se stesso

- per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. di Telefono \_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla Residenza) \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nel caso in cui il richiedente sia diverso dalla persona interessata all'inserimento nel Centro Servizi Residenziali indicare il grado di parentela o il titolo che da diritto a presentare la domanda (Es: Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno, Coordinatore/Responsabile del Centro Servizi Residenziali, altro .....)

## DICHIARA

- di essere attualmente ospite presso Il Centro Servizi Residenziali \_\_\_\_\_ come ospite autosufficiente;
- di scegliere il Centro Servizi Residenziali secondo il seguente ordine di preferenza:

Centro Servizi Residenziale	Indicare l'ordine di preferenza (Campo obbligatorio)
I Tigli di Meolo	
Monumento ai Caduti in Guerra di San Donà di Piave	
Anni Sereni Città di Eraclea	
Fondazione F.lli Zulianello di San Stino di Livenza <sup>2</sup>	
Don Moschetta di Caorle <sup>2</sup>	
Residenza per Anziani G. Francescon di Portogruaro <sup>2</sup>	
Residenza Santa Margherita di Fossalta di Portogruaro	
Residenza Gruaro	
Ida Zuzzi di San Michele al Tagliamento <sup>2</sup>	
Altro (specificare denominazione e indirizzo):	
	(ULSS n. ____ )
	(ULSS n. ____ )
	(ULSS n. ____ )

- (Se non sono indicati tutti i centri servizi residenziali dell'ulss 10) di voler essere interpellato/a esclusivamente per l'ammissione ai centri di servizio per i quali ha espresso la preferenza.
- che l'interessato ha i propri riferimenti familiari che risiedono nel territorio del Veneto orientale (vedi documentazione allegata);
- che la persona di riferimento (se diversa dal richiedente) è:

Nome Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Centri Servizi Residenziali con annesso Centro Diurno per anziani non autosufficienti.

### A CURA DELLA STRUTTURA OSPITANTE PER I PASSAGGI FISIOLGICI

Si dichiara che il Sig. \_\_\_\_\_ è ospite della struttura \_\_\_\_\_ dal giorno \_\_\_\_\_.

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

### PER LE DOMANDE DI TRASFERIMENTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara che il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ è ospite non autosufficiente del centro servizi residenziali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

### A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE DI RESIDENZA DELL'INTERESSATO

Si chiede la valutazione del sig. \_\_\_\_\_ per URGENZA SOCIALE.

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

### NOTE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_