



## 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 \_\_\_\_\_