

Data di pervenuto ULSS 4 Veneto Orientale

Al Direttore
del Distretto Socio Sanitario

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN CENTRO SERVIZI RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI.

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

Nome Cognome _____ in qualità di¹ _____ 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'UVMD 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 _____

¹ 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 voler essere interpellato/a **esclusivamente** per l'ammissione ai centri servizi residenziali per i quali ha espresso l'ordine di preferenza, sotto riportati:

Centro Servizi Residenziali	Indicare l'ordine di preferenza (Campo obbligatorio)
Anni Sereni Città di Eraclea	
Ca' Vio di Cavallino Treporti	
Don Moschetta di Caorle	
Fondazione F.Ili Zulianello di San Stino di Livenza	
I Tigli di Meolo	
Ida Zuzzi di San Michele al Tagliamento	
ISVO Monumento ai Caduti in Guerra di San Donà di Piave	
IPAB Residenza per Anziani G. Francescon di Portogruaro	
Residenza Gruaro di Gruaro	
Residenza Santa Margherita di Fossalta di Portogruaro	
San Martino di Torre di Mosto	
San Sebastiano di Cinto Caomaggiore	
Stella Marina di Jesolo	
Altro (specificare):	

* Specificare l'ordine di preferenza (Es.: 1°, 2°, 3°, ecc...); l'ordine di priorità e i centri servizi residenziali scelti al momento della presentazione della domanda possono essere modificati inviando una comunicazione alla segreteria dell'UOC Cure Primarie

- 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 _____

A CURA DELLA STRUTTURA OSPITANTE PER I PASSAGGI FISIOLGICI

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

PER LE DOMANDE DI TRASFERIMENTO

Il sottoscritto _____ dichiara che il sig./la sig.ra
_____ è ospite del centro servizi residenziali
_____ dal _____.

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

Si chiede la valutazione del sig. _____ per URGENZA SOCIALE.

NOTE

Luogo _____ DATA _____

FIRMA _____



**Consenso al trattamento dei dati personali
(Regolamento UE 679/2016 - GDPR)**

Il/La sottoscritto/a _____ dichiarando di aver acquisito e compreso l'informativa relativa alla Domanda di accoglimento in centro servizi residenziali per non autosufficienti, ai sensi degli artt. 7 e seguenti del Reg. UE 679/2016 (*di seguito GDPR*):

A) ACCONSENTE NON ACCONSENTE

che i dati sanitari, anagrafici e fiscali, propri ovvero dell'interessato indicato in seguito, vengano trattati, nei limiti strettamente necessari per il raggiungimento delle finalità previste dall'informativa e dall'istruttoria relativa alla valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale e dei relativi esiti;

B) ACCONSENTE NON ACCONSENTE

che il personale amministrativo, professionale e sanitario incaricato dall'Azienda possa dare informazioni sullo stato di salute proprio o dell'interessato indicato in seguito, a:

- Familiare _____ (*grado di parentela* _____)
- Medico _____
- Altro (*specificare*) _____

_____, lì _____ **Firma dell'interessato** _____

Incapacità alla sottoscrizione

Il sottoscritto _____, nato/a a _____ il _____ in qualità di (*) _____ ai sensi dell'art. 9 del GDPR 679/2016, dichiara che al momento di presentazione della domanda di accoglimento in centro servizi residenziali per non autosufficienti il signor/la signora _____ non è nelle condizioni psicofisiche di poter sottoscrivere il consenso.

_____, lì _____ Firma _____

(*) Genitore/Congiunto/Familiare; Tutore; Amministratore di sostegno; Responsabile di Struttura

Parte da compilare in caso di domanda e 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./la sig.ra _____, nato/a il _____, non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere la domanda ed il consenso.

Firma del medico