

**ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA DELL'ASL-AL**  
(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             amministratore di sostegno

**CHIEDE CHE**

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

in qualità di:

- convivente (specificare) .....
- prossimo congiunto (specificare grado parentela) .....
- altro (specificare) .....

**SEGNALA**

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.

- Interventi domiciliari socio sanitari
- Inserimento in Centro Diurno
- Inserimento in Struttura Residenziale

(il riquadro successivo non deve essere compilata se la domanda è presentata dal diretto interessato, in quanto i dati richiesti sono già stati compilati).

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
medico curante \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Se la persona è già ricoverata in struttura residenziale, indicare la residenza precedente.

\_\_\_\_\_

A tal fine:

- consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000, 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.
- informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, 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, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Lei può esercitare i diritti di conoscere, integrare ed aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.

### COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

riceve o ha ricevuto interventi da:

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Sì	<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./ra _____
Via/piazza _____ n° _____
Comune _____ Cap _____

### CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

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

Firma \_\_\_\_\_

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

**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 \_\_\_\_\_