



Sede Legale: P.le Partigiani, 1
15067 Novi Ligure (AL)
C.F.- Partita IVA:01742390063

SPORTELLO UNICO



Sede legale: Viale Giolitti, 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

U.M.V.D. – NOVI LIGURE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
codice fiscale _____

in qualità di: diretto interessato: tutore: amministratore di sostegno

CHIEDE CHE

il sottoscritto (se diretto interessato) / la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.M.V.D. per la definizione di un Progetto Individuale socio sanitario.

in qualità di:

convivente (specificare) _____
 prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____
 altro (specificare) _____

SEGNALA

la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro), affinché codesta U.M.V.D. sottoponga la medesima a Valutazione Multidimensionale, per la definizione di un Progetto Individuale socio sanitario.

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

il/la sig./ra _____ **nato/a** _____
il ____ / ____ / ____ **residente a** _____ **Cap.** _____
Via/Piazza _____ **n°** _____ **tel.** _____

stato civile _____ Codice fiscale _____

domiciliato a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

MMG/PLS: _____ tel. _____

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 e s.m.i., che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al nsolo fine di consentire l'attività di valutazione socio-sanitaria; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgs.196/2003 e



Sede Legale: P.le Partigiani, 1
15067 Novi Ligure (AL)
C.F.- Partita IVA:01742390063

SPORTELLO UNICO



Sede legale: Viale Giolitti, 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

s.m.i., 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 e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria U.M.V.D.

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./Sig.ra _____
Via / piazza _____
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 _____

Acquisita fotocopia documento identificativo del dichiarante

(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la domanda)

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione al seguente numero telefonico _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:
D.S.E.
CODICE FISCALE