

MODULO DI CONSENSO

Espressione del consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell'interessato ai fini della legge 31-12-96 numero 675 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 familiare ..... nato a ..... il .....

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

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 Direttore  
Del Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_  
(oppure)  
Al Presidente  
della Casa di Riposo \_\_\_\_\_

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN CENTRO SERVIZI RESIDENZIALI  
PER NON AUTOSUFFICIENTI.

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

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

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Medico curante \_\_\_\_\_

CHIEDE

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

residenziale (Casa di Riposo)

semiresidenziale (Centro Diurno per non autosufficienti)

Hospice

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'iscrizione nel Centro Servizi Residenziali indicare il grado di parentela o il titolo che dà diritto a presentare la domanda (Es: Tutor, Curatore, Amministratore di Sostegno, 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:

	Indicare l'ordine di preferenza*
Monumento ai Caduti in Guerra di San Donà di Piave	
Fondazione F.lli Zulianello di Santo Stino di Livenza	
Don Moschetta di Caorle	
Residenza per Anziani G. Francescon di Portogruaro	
Residenza Santa Margherita di Fossalta di Portogruaro	
Ida Zurzi di San Michele al Tagliamento	
Alloggio Protetto I Tigli di Meolo	
Anni Sereni – Città di Eraclea	
<b>Centri Servizi residenziali ubicati fuori dell' ULSS 10</b>	
Denominazione _____ n. _____ Comune _____ via _____ Prov. ( ) ulss _____ Tel. _____	
Denominazione _____ n. _____ Comune _____ via _____ Prov. ( ) ulss _____ Tel. _____	
Denominazione _____ n. _____ Comune _____ via _____ Prov. ( ) ulss _____ Tel. _____	

\* specificare l'ordine di preferenza (Es.: 1°, 2°, 3°, ecc..)

- 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 \_\_\_\_\_, n. di Telefono \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

Chiede, in relazione alla posizione in graduatoria:

- di essere interpellato/a esclusivamente per l'ammissione ai centri di servizio per i quali ha espresso opzione, più sopra specificati.
- Oppure, in alternativa,
- di essere interpellato/a per l'ammissione a tutti i centri di servizio per i quali vi è la disponibilità del posto letto.

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

<b>A CURA DELLA STRUTTURA OSPITANTE PER I PASSAGGI FISIOLGICI</b>
Si dichiara che il Sig. _____ è ospite della struttura _____ dal giorno _____
Timbro e Firma _____

**NOTE**

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE DI  
SOLLIEVO.

1. ISEE IN CORSO DI VALIDITA' DELLA PERSONA ANZIANA
2. ULTIMA LETTERA DI DIMISSIONI
3. REFERTI DI VISITE SPECIALISTICHE
4. CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'ANZIANO
5. EVENTUALE DECRETO DI NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
6. TESSERA SANITARIA DEL RICHIEDENTE E DELL'ANZIANO
7. VERBALE D'INVALIDITA' CIVILE
8. EVENTUALI REFERTI DI VISITE GERIATRICHE/NEUROLOGICHE CHE ATTESTINO LA PRESENZA DI DEMENZA DI TIPO ALZHEIMER
9. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA

NEL CASO IN CUI LA DOMANDA NON VENGA SOTTOSCRITTA DALL'ANZIANO MA DA UN FAMILIARE DEVE ESSERE COMPILATA LA PARTE RELATIVA AL "CONSENSO INFORMATO" DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.