



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA dell'A.S.L.TO4-Distretto di _____
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

- in qualità di:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> diretto interessato | <input type="checkbox"/> tutore/curatore |
| <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno | <input type="checkbox"/> procuratore |

C H I E D E C H E

il sottoscritto (se diretto interessato) /la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta 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 di parentela)
 - altro (specificare)

S E G N A L A

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

(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° _____

Medico Curante: _____ tel. _____



www.regione.piemonte.it/sanita



una sanità in salute Fa bene a tutti

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.*

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra _____

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra	_____
Via / piazza	_____
Comune	_____ CAP _____

Data ___ / ___ / _____

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

(Firma di chi presenta l'istanza)

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: _____



www.regione.piemonte.it/sanita



uno sanità in salute fa bene a tutti

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o (se diverso dal diretto interessato) con delega e documento anche del delegante.

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia) _____

in via (indirizzo) _____

oppure

il/la Sig./Sig.ra _____

Rappresentante legale

Coniuge/Convivente

Prossimo congiunto/Familiare

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 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 e s.m.i., oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;
- 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 UVG;

per il trattamento dei dati personali e sensibili

presta il suo consenso: data ____ / ____ / ____ Firma di chi esprime il consenso _____

nega il suo consenso: data ____ / ____ / ____ Firma di chi nega il consenso _____



www.regione.piemonte.it/sanita



una sanità in salute fa bene a tutti