

Riservato segreteria UVMD: Ricevuto il \_\_\_\_\_ n. protocollo \_\_\_\_\_ operatore \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE UVMD PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO SANITARI DOMICILIARI,  
 DIURNI E RESIDENZIALI**

**Al Direttore del Distretto socio sanitario Unico**

**PRIMA VALUTAZIONE**                       **VERIFICA**

**SI CHIEDE LA VALUTAZIONE** del/la sig./sig.ra, minore, nucleo familiare:

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Residenza/ domicilio	
Via	
Telefono	
MMG/ PLS	
Persona di riferimento	Cognome e Nome _____
	Residenza _____
	Telefono _____
	Grado di parentela _____

**Area problematica :**

anziani     minori     disabilità     salute mentale     ADIMED     ALTRO

**MOTIVO DELLA RICHIESTA**

**Tipologia dell'intervento richiesto**

progetto di assistenza domiciliare     accoglienza diurna o residenziale     erogazione contributi  
 ALTRO

**II RICHIEDENTE/SEGNALANTE** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_

**SERVIZIO di APPARTENENZA** \_\_\_\_\_

**Tutela della privacy DLG 196/2003**

**1- nel caso il richiedente sia l'INTERESSATO o un FAMILIARE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di essere stato informato della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (D.L.G . 196/2003) e pertanto **PRESTA IL PROPRIO CONSENSO** al trattamento dei dati :

**propri**  
 **del familiare, sig./sig.ra** \_\_\_\_\_ , non in grado di sottoscrivere quanto sopra per impossibilità psico-fisica. A tal fine autorizza l'Azienda sanitaria USS n. 3, come titolare del trattamento, all'utilizzo dei dati per le finalità proprie previste per la valutazione di un progetto assistenziale condiviso da parte dell'UVMD

**FIRMA**

Tutela della privacy DLG 196/2003

**2- nel caso il richiedente sia UN SERVIZIO dell'Azienda sanitaria/Comune /MMG/ Ente :**

Si dichiara che l'utente è stato informato circa la normativa vigente in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare quelli sensibili a carattere sanitario. (DLG 196/2003) e il richiedente è stato autorizzato al trattamento dei dati per finalità necessarie all'elaborazione di un progetto assistenziale condiviso

Il SERVIZIO           COT/COMUNE DI RESIDENZA           (indicare il Servizio richiedente )

**Propone la convocazione di \*:**

\*(indicare : i Servizi e gli operatori interessati, con rispettivi indirizzi, tel./fax/e-mail. e in caso di verifica confermare ugualmente i Servizi da convocare )

SERVIZIO	Indirizzo	n. telefonico/fax/e-mail

Il SERVIZIO REFERENTE DEL CASO è           da definire in sede di uvmd          

NOTE Indicazioni per l'invio della richiesta

Consegnare o inviare il modulo compilato e firmato (per posta interna/ via fax o email ) alla Segreteria UVMD di riferimento .

**Distretto socio sanitario Unico sede di Bassano -**

Segreteria UVMD c/o sede Distretto - Palazzina E via Cereria 14/B - 36061 **Bassano del Grappa**

Tel. 0424 885439/885440 Fax: 0424 885459

e-mail: [U.O.Cureprimarie@aslbasano.it](mailto:U.O.Cureprimarie@aslbasano.it)

**Distretto socio sanitario Unico sede di Asiago : -**

Segreteria UVMD c/o sede Distretto - via Sisemol, 2 -36012 **Asiago -**

Tel. 0424 604416 Fax: 0424 604444

e-mail: [U.O.Cureprimarie@aslbasano.it](mailto:U.O.Cureprimarie@aslbasano.it)