

# CONSORZIO "MONVISO SOLIDALE"

Sede legale: FOSSANO – Corso Trento n.4 - P. IVA e C.F. 02539930046

Servizio SOCIO ASSISTENZIALE

## ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE

**GERIATRICA (U.V.G.) DELL'A.S.L. CUNEO 1 (ufficio di segreteria dell'U.V.G.)**  
**HANDICAP (U.V.H.) DELL'A.S.L. CUNEO 1. (ufficio di segreteria dell'U.V.H.)**

**Il/la sottoscritto/a**                      **nato/a il**                                      **a**                                      (    )

Residente a                                      Prov. (    ), in Via/Piazza/Corso

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 Unità di Valutazione per la definizione di un Progetto 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 Unità di Valutazione 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**

**Contributo economico a sostegno della lungoassistenza (D.G.R. 39)**

**Altro**

**Il/la sig./ra**

**nato/a il**                                      , **a**                                      (    )

Residente a                                      Prov. (    ), CAP ,

in Via/Piazza/Corso                                      , Telefono

Stato civile

Codice Fiscale

Domiciliato a                                      , C.A.P.                                      , Via/Piazza/Corso

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 conseguiti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.L.gs.
- 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; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgv. 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 e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria. i codesta Unità di Valutazione.

**COMUNICA CHE**

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

Riceve o ha ricevuto interventi da:

Servizio sanitario	Si	No	Quale:
Servizio sociale	Si	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:

<b>Sig./Sig.ra</b> Comune	<b>Via/Piazza/Corso</b> C.A.P.
------------------------------	-----------------------------------

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dell'assistente sociale che riceve la pratica

\_\_\_\_\_

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria di codesta Unità di Valutazione. al seguente numero telefonico

**CONSORZIO “MONVISO SOLIDALE”**

Sede legale: FOSSANO – Corso Trento n.4 - P. IVA e C.F. 02539930046

*Servizio SOCIO ASSISTENZIALE*

(da compilare solo per D.G.R. 39)

Il / La sottoscritt

nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ ( )

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( ), CAP \_\_\_\_\_,

in Via/Piazza/Corso \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,
- consapevole che quanto dichiarato potrà essere oggetto di accertamento e verifica da parte degli organi competenti,

**D I C H I A R A**

di percepire i seguenti emolumenti esenti:

Pensione / assegno sociale

Assegno / pensione di invalidità civile

Indennità di accompagnamento

Rendita INAIL

Altro (specificare) \_\_\_\_\_ (specificare importo: \_\_\_\_\_)

e si impegna a documentare quanto percepito.

Di non percepire alcun emolumento esente.

In fede

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'interessato /  
Persona delegata indicare grado di parentela)

Risulta in passato essere stato proprietario di immobili?                  Sì                  NO

Ha effettuato donazioni negli ultimi cinque anni?                  Sì                  NO

Se si specificare:

Si impegna a documentare quanto sopra dichiarato.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'interessato /  
Persona delegata indicare grado di parentela)

