

IL SOTTOSCRITTO

Cognome		Nome		
Codice Fiscale		Nato/a il	a	Provincia
Residente a	Provincia	In (via, piazza, ...)		N°
Recapito telefonico		Email		

IN QUALITÀ DI

(da compilare solo se persona diversa dall'interessato)

<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale	<input type="checkbox"/> Medico Specialista (specificare U.O.) ...
<input type="checkbox"/> Assistente Sociale	<input type="checkbox"/> Parente (grado) ...
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) ...	

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DELL'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE PER

Cognome		Nome		
Codice Fiscale		Tessera Sanitaria		
Sesso	Nato/a a	Prov.	il	
Residente a	Prov.	In (via, piazza, ...)		n°
Medico di medicina generale		Assistente Sociale di riferimento		

DICHIARA

- di essere a conoscenza e di accettare che l'accoglienza, sia essa a tempo determinato (soggiorno temporaneo) o indeterminato, e l'accesso ai servizi semiresidenziali (centro diurno) presso i Centri Servizi comportano il pagamento di una retta alberghiera a carico dell'assistito e/o dei familiari;
- di essere a conoscenza che l'accesso ai Centri Servizi è regolamentato da apposita iscrizione nominativa in graduatoria unica dell'Azienda ULSS n. 3 - SERENISSIMA;
- di provvedere a informarsi personalmente rispetto all'importo della retta prevista dalle strutture di accoglienza convenzionate che si trovano in territori di altre Aziende ULSS;
- di essere a conoscenza, ai sensi ai sensi e per gli effetti degli artt. 7, 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, che il trattamento dei dati personali forniti in questa sede, è finalizzato esclusivamente all'espletamento della pratica nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.
Il conferimento di tali dati è necessario per l'avvio della pratica e la loro mancata indicazione può precludere l'attivazione della UVMD. Ai sensi dell'art. 7 del citato Decreto potrà accedere ai propri dati personali, chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge e/o di opporsi al loro trattamento per legittimi motivi;
- di fornire, con la sottoscrizione del presente modulo, il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sopra indicata, al Servizio Sociale del Comune di residenza e all'AULSS n. 3 – SERENISSIMA.

Data	Firma dell'interessato	Firma della persona di riferimento
-------------	-------------------------------	-------------------------------------------

**Modulo di domanda di accesso ai
Servizi Territoriali di assistenza socio-sanitaria**

Allegato 1