

**AZIENDA ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE
COORDINAMENTO DELLE CASE DI RIPOSO
CONFERENZA DEI SINDACI DEL VENETO ORIENTALE**

Data di pervenuto dell'Ente ricevente _____
--

Al Presidente
Della Casa di Riposo

(oppure)

Al Direttore
Del Distretto Socio Sanitario n. _____

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN CENTRO SERVIZI RESIDENZIALI
PER NON AUTOSUFFICIENTI.**

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

Nome Cognome _____ in qualità di¹ _____
nato/a a _____ il _____ residente nel Comune di
_____ in via _____,
n. di telefono _____ domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Tessera Sanitaria _____ Codice Fiscale _____

Medico curante _____

CHIEDE

La valutazione da parte dell'UVMD 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 _____

¹ Nel caso in cui il richiedente sia diverso dalla persona interessata all'inserimento nel Centro Servizi Residenziali indicare il grado di parentela o il titolo che da diritto a presentare la domanda (Es: Tutore, 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:

Centri Servizi Residenziale dell' A. ULSS n. 10		Indicare l'ordine di preferenza*
	Monumento ai Caduti in Guerra di San Donà di Piave	
	Fondazione F.Ili 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 Zuzzi di San Michele al Tagliamento	
	Alloggio Protetto I Tigli di Meolo	
	Anni Sereni – Città di Eraclea	
Centri Servizi residenziali ubicati fuori dell' ULSS 10		
	Denominazione _____ via _____ n. _____ Comune _____ Prov. (____) ulss _____ Tel. _____	
	Denominazione _____ via _____ n. _____ Comune _____ Prov. (____) ulss _____ Tel. _____	
	Denominazione _____ via _____ n. _____ Comune _____ 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 _____ in via _____
n. di Telefono _____
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

A CURA DELLA STRUTTURA OSPITANTE PER I PASSAGGI FISIOLGICI

Si dichiara che il Sig. _____ è ospite della struttura
_____ dal giorno

_____.

Timbro e Firma

NOTE

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

.....