

**MODELLO DI DOMANDA DA PRESENTARE ALL'UFFICIO TERRITORIALE PREPOSTO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:  diretto interessato  tutore  amministratore di sostegno**CHIEDE CHE**

il sottoscritto (se diretto interessato) / la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.V.... per la definizione di un Progetto Individuale 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 U.V..... sottoponga la medesima a Valutazione Multidimensionale, per la definizione di un Progetto Individuale 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 \_\_\_\_\_

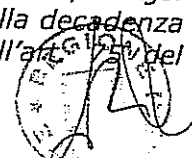
domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

MMG/PLS: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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.



➤ *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 socio-sanitaria; 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. 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 U.V....*

**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

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:

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

**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 \_\_\_\_\_

Acquisita fotocopia documento identificativo del dichiarante

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

**N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione al seguente numero telefonico \_\_\_\_\_**

