



Al Direttore del Distretto 1 Verona Città

Al Direttore del Distretto 2 dell'Est Veronese

Al Direttore del Distretto 3 della Pianura Veronese

Al Direttore del Distretto 4 dell'Ovest Veronese

OGGETTO: RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVMMD) per l'accesso alla rete dei Servizi Socio-Sanitari Territoriali

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ Tel. _____

e-mail _____ Cod.Fiscale* _____

e domiciliato in (se diverso dalla residenza) _____

IN QUALITA' DI:

persona direttamente interessata

legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno ai sensi della Legge 6/2004);

familiare (convivente, non convivente) (grado di parentela: _____)

altro (specificare _____)

oppure:

Il sottoscritto/a Assistente Sociale _____ in servizio presso _____

Il sottoscritto/a MMG/PLS/medico specialista _____ in servizio presso _____

CHIEDE

che sia attivata la Prima Valutazione U.V.M.D. Rivalutazione U.V.M.D.

Per se stesso

Per il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____



e domiciliato in (se diverso dalla residenza) _____

Tel. _____ e-mail _____

Cod.Fiscale _____ MMG/PLS _____

per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari dell'area:

	Area	barrare
1	Anziani / Adulti o minori con necessità di Cure Primarie	
2	Disabili	
3	Minori, Infanzia, Adolescenza, Famiglia	
4	Dipendenze	
5	Salute Mentale	

Richiamato quanto sopra, il sottoscritto dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

- di aver informato l'interessato e che l'interessato concorda con la domanda stessa (nel caso la domanda sia presentata da persona diversa al soggetto della valutazione);
- di aver informato e aver ottenuto il consenso alla domanda UVMD da parte dei familiari previsti art. 433 C.C.;
- di essere a conoscenza che la presente domanda annulla e sostituisce eventuali precedenti richieste di attivazione UVMD;
- il sottoscritto è informato che l'U.V.M.D. si riunisce, di norma, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della domanda;
- di aver ricevuto copia e di accettare quanto contenuto nel modulo di informativa relativo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi e nel rispetto dei principi fissati all'articolo 5 del Regolamento (UE) 2016/679,
- di indicare, quale persona di riferimento, per comunicazioni:

il/la sig./sig.ra _____ in qualità di _____
 residente a _____ CAP _____ Via _____
 telefono _____ e-mail _____

- di essere a conoscenza che le comunicazioni relative all'esito della presente domanda avverrà tramite comunicazione scritta alla persona di riferimento, a garanzia di trasparenza e tutela nei confronti della S.V..

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

(*) Per i cittadini stranieri, qualora non in possesso del Codice Fiscale, vanno indicati in alternativa tra loro il codice TEAM (campo 6 della Tessera europea assicurazione malattia) o il codice ENI (Europei non iscritti) o il codice STP (Straniero temporaneamente presente). Nel caso venga indicato il codice TEAM vanno riportati il codice istituzione pagatrice (campo7) _____ il numero identificativo tessera (campo 8) _____ e la data di scadenza (campo 9) _____/_____/_____

Data _____

Firma _____



INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 79 DEL D. LGS. 196/2003)

Per poter erogare il servizio da Lei richiesto questa ULSS ha la necessità di raccogliere e trattare una serie di dati relativi alla Sua persona, alcuni dei quali definiti come ‘sensibili’ dal “Codice in materia di protezione dei dati personali” approvato con D. Lgs. 30.6.2003 n. 196; l’eventuale Suo rifiuto a comunicare i dati personali potrebbe comportare, in alcuni casi, l’impossibilità di erogare il servizio richiesto.

I dati saranno registrati elettronicamente o manualmente, conservati e protetti contro ogni manomissione o distruzione e trattati con l’osservanza delle misure di sicurezza adottate dall’Azienda in attuazione delle disposizioni contenute nel precitato Codice. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, completezza e pertinenza e avverrà nei limiti strettamente necessari alla erogazione della prestazione da Lei richiesta. Si fa presente che l’Azienda ULSS potrà avere l’esigenza di comunicare tutti o parte dei Suoi dati a soggetti esterni (Comuni, Scuole, Strutture socio-sanitarie, Enti Assicurativi, ecc.).

In ordine ai Suoi dati personali conservati presso gli archivi dell’ULSS, Lei o un Suo delegato potrà esercitare i diritti previsti dall’art. 7 del D. Lgs. 196/2003, qui sotto riportato, rivolgendosi al Servizio Affari legali e amministrativi generali, presso il quale sarà altresì possibile consultare l’elenco di tutti i responsabili del trattamento nominati all’interno dell’ULSS:

Art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. *L’interessato ha diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*
2. *L’interessato ha diritto di ottenere l’indicazione:*
 - a) *dell’origine dei dati personali;*
 - b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
 - c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici;*
 - d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell’articolo 5, comma 2;*
 - e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*
3. *L’interessato ha diritto di ottenere:*
 - a) *l’aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l’integrazione dei dati;*
 - b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
 - c) *l’attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*
4. *L’interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*
 - a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
 - b) *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

Il titolare del trattamento è l’ULSS n. 9 Scaligera”, il cui rappresentante legale è il Direttore Generale, con domicilio in Via Valverde, 42 - 37122 Verona.

IL DIRETTORE GENERALE

Pietro Girardi



A) Consenso al trattamento di dati propri

Il sottoscritto nato a

il..... residente a..... in via.....

presa visione della nota informativa riportata sul retro,

concede il consenso **nega** il consenso
 al trattamento dei propri dati personali idonei a rivelare lo stato di salute da parte dell’Azienda ULSS n. 9 “Scaligera.

Data Firma.....

* * * * *

B) Consenso al trattamento di dati riguardanti persone impossibilitate

Il sottoscritto nato a

il..... residente a..... in via.....

presa visione della nota informativa riportata sul retro e consapevole delle responsabilità penali in cui incorre chi rilascia dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

concede il consenso **nega** il consenso
 al trattamento, da parte dell’Azienda ULSS n. 9 “Scaligera”, dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute riguardanti

..... (indicare nome e cognome) nato a, il, residente a

in via.....,

impossibilitato a prestare il consenso personalmente. Il sottoscritto a ciò provvede in qualità di:

- tutore
- rappresentante legale (esercitante la patria potestà in caso di minori)
- amministratore di sostegno
- familiare
- convivente
- responsabile della struttura presso cui dimora l’interessato

Data Firma

* * * * *

Il presente consenso viene raccolto dall’operatore

In servizio presso