

**DOMANDA DI VALUTAZIONE PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO D.G.R. N. 56-13332 DEL 15.02.2010**

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) .....

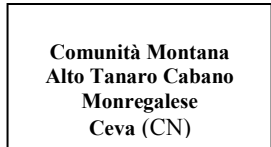
SEGNALA

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"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale <input type="checkbox"/> Sì <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:

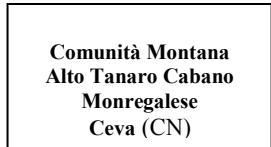
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

---