

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO DELL'ULSS N. 2	Prot. _____
	del: _____ Riservato all'ufficio

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ in Via _____

CHIEDE

L'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale per:

<input type="checkbox"/> Se stesso/a (se la domanda viene fatta dall'interessato/a) seguito/a dal Medico di medicina generale dott. _____ Attualmente domiciliato/ricoverato presso _____
--

<input type="checkbox"/> Il/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ Residente a _____ in Via _____ seguito/a dal Medico di medicina generale dott. _____ Attualmente domiciliato/ricoverato presso _____

Per l'accesso ai Centri Servizi: (barrare solo una casella)

- INSERIMENTO RESIDENZIALE c/o _____
- INSERIMENTO RESIDENZIALE TEMPORANEO c/o _____
DAL _____ AL _____
- INSERIMENTO CENTRO DIURNO c/o _____
- TRASFERIMENTO c/o CENTRO SERVIZIO di _____
- RIVALUTAZIONE PER AGGRAVAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE-SOCIALI

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:

1. **che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e delle informazioni in essa contenute;**
2. di aver ricevuto copia e di accettare quanto contenuto nel modulo di informativa relativo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi e per gli effetti di cui all'ART. 13 della D. Lgs. 196/2003;
3. di essere consapevole che dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e **telefonici**, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003;
4. **di indicare, quale persona di riferimento, al fine di comunicazione telefoniche il sig./sig.ra:**

_____ in qualità di (indicare il grado di parentela o altro)

_____ residente a _____

Via _____

1° recapito telefonico _____

2° recapito telefonico _____

3° cell. _____

5. di essere a conoscenza che qualora l'ufficio preposto debba fare comunicazioni relative all'esito positivo della presente domanda per l'inserimento in servizi/strutture per persone non autosufficienti, la comunicazione avverrà **tramite telefonata con registrazione della conversazione** alla persona sopra indicata a garanzia di trasparenza e tutela nei confronti della S.V. nella gestione delle liste di attesa per le strutture residenziali;
6. di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla domanda relativa al presente modulo comporta la non valutazione della stessa.

Data, _____

Firma _____

Firma dell'operatore
del Servizio Sociale _____

(qualifica _____)

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI DA PARTE DELL'INTERESSATO AI FINI DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196/03

Il/la sottoscritto/a _____ all'atto del suo accesso ai servizi territoriali distrettuali adeguatamente informato/a, esprime il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati personali sensibili in quanto necessario per l'erogazione delle prestazioni e per l'espletamento degli adempimenti di legge

SÌ **NO**

Consente che i **propri dati anagrafici e/o sensibili e/o relativi allo stato di salute** vengano comunicati ad altri soggetti indispensabili alla conclusione del procedimento (Medico di Medicina Generale, Case di Riposo, Enti Pubblici, altre Aziende Sanitarie...)

SÌ **NO**

Da compilare solo se il consenso è rilasciato direttamente dall'interessato

Consente infine che **sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute** alle persone sottoindicate:

1. Al proprio medico curante, Dott. _____ **SÌ** **NO**

2. Ai

coniuge _____ **convivente** _____

figli _____ **fratelli** _____

altro _____

Data _____ **Firma** _____

A.

INCAPACITÀ' ALLA SOTTOSCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ qualifica _____, ai sensi dell'art. 82 del D. lgs n. 196/2003 comma 2 e 3, dichiara che all'atto della richiesta di assistenza, il sig/ra _____ non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il consenso.

Luogo: _____ **Data:** _____ **Firma:** _____

CONSENSO RESO DA CHI ESERCITA LEGALMENTE LA POTESTÀ', PROSSIMO CONGIUNTO, FAMILIARE O CONVIVENTE

Il consenso di cui sopra, ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 24, comma e) del D.lgs. n. 196/2003 è reso dal sig/ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in qualità di _____

Luogo: _____ **Data:** _____ **Firma:** _____

Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003
Codice in materia di protezione dei dati personali

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO
PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI SENSIBILI

Ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 79 del D.lgs. n. 196/03, "**Codice in materia di protezione dei dati personali**", ed in relazione ai dati personali che si rende necessario trattare, si informa su quanto segue:

- a) **Il trattamento** a cui saranno sottoposti i dati personali sensibili di cui alla presente domanda di accesso alle strutture residenziali per persone non autosufficienti, è effettuato esclusivamente da di questa ULSS. I dati raccolti vengono trattati, per le predette finalità, con l'ausilio di mezzi informatici, cartacei e telefonici idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In riferimento al trattamento dei dati con supporto telefonico (registrazione) si comunica che il responsabile del trattamento è il Direttore del Distretto dell'ULSS n. 2 e l'incaricato del trattamento dei dati è l'assistente sanitaria dell'ufficio UVMD, dipendenti dell'ULSS n. 2. Le registrazioni telefoniche, necessarie al fine di tutelare la trasparenza della gestione della gestione delle liste di attesa per l'accesso alle strutture residenziali, vengono conservate presso il server centrale del sistema telefonico centrale dell'ULSS n. di Feltre, protetto da password il cui responsabile tecnico è il Direttore dell'Ufficio Gestione Acquisizione e Organizzazione delle Risorse Tecniche.
- b) **il conferimento** dei dati è **obbligatorio** per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e per l'espletamento degli adempimenti di legge ad essa connessi ivi compresa la tutela delle ragioni dell'ente in sede giudiziaria;
- c) il **rifiuto** di conferire i dati richiesti comporta per l'interessato l'impossibilità di accedere alla valutazione per l'accesso alle strutture residenziali per persone non autosufficienti;
- d) ai sensi dell'art. 18 del D.Lgs 196/03 i dati personali raccolti sono oggetto di **comunicazione** nell'ambito di questa Ulss per finalità di valutazione ai fini dell'accesso alle strutture residenziali per persone non autosufficienti, nonché per fini amministrativi e contabili, sono altresì comunicabili a soggetti pubblici non economici nei casi stabiliti da leggi, regolamenti o quando sia necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. **In nessun caso vi sarà diffusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato.**
- e) l'art. 7 del D.Lgs. 196/03 conferisce all'**interessato** l'esercizio di **specifici diritti**, tra cui quelli: di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelleggibile, di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se di interesse, l'integrazione dei dati, di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
- f) il titolare del trattamento dei dati conferiti è l'U.L.S.S. n. 2 - Feltre, con sede in via Bagnols sur Cèze n. 3 – 32032 Feltre (BL);
- g) il responsabile del trattamento è il Direttore del Distretto Socio Sanitario Unico protempore.

Ulteriori informazioni possono essere richieste presso la Direzione Amministrativa e Sanitaria dell'U.L.S.S. n. 2 - Feltre.