

SEGNALAZIONE : ANZIANI

ADULTI

MINORI

RICHIESTA VALUTAZIONE GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

MANCA SCHEDA CLINICA

PER: ASS. DOM

RSA

CENTRO DIURNO

ALTRO

INTERESSATO/A	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nato/a a _____	Prov _____ il _____ Età _____
Residente a _____	Via _____ n. _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____	Tel. _____
Cittadinanza _____	Titolo di Studio _____
Comunica, altresì, l'indirizzo presso il quale inviare la valutazione conclusiva se diverso dalla residenza	

CHI PRESENTA LA SEGNALAZIONE/ DOMANDA (interessato, qualsiasi familiare o altro soggetto che ne fa le veci, medico curante, ass sociale, infermiere, ecc.)

Cognome _____ Nome _____ in qualità di _____ tel _____

PERSONA DI RIFERIMENTO DA CONTATTARE

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Tel. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE Dr. _____ tel. _____

Primo contatto Richiesta valutazione successiva non programmata/Aggravamento

Firma Interessato/a _____

Riservato all'operatore accettante

Io sottoscritto _____ attesto, ai sensi dell'ari. 4, 2° comma, del D.P.R. 28 dicembre 2000 n°445, che il dichiarante, Sig./ra _____ in qualità di _____ la cui identità personale mi risulta dal documento _____ allegato in fotocopia, ha presentato l'istanza di cui sopra nell'interesse del/la Sig./ra _____ dichiarando che lo/la stesso/si trova in una situazione di impedimento temporaneo a firmare per motivi di salute. Data _____ Firma dell'incaricato _____

BISOGNI DELLA PERSONA ED INTERVENTI IN ATTO:

RICHIESTA SERVIZIO SEGNALANTE:

URGENTE
NON URGENTE

EVENTUALI SERVIZI DA COINVOLGERE:

DATA SEGNALAZIONE _____

NOME COGNOME/ RUOLO/ (operatore accettante) _____

PRIMA VALUTAZIONE assistente sociale PUA e infermiere PUA
Caso semplice: sociale <input type="checkbox"/> sanitario <input type="checkbox"/> Caso complesso <input type="checkbox"/> Caso urgente <input type="checkbox"/>

DATA CHIUSURA SCHEDA

RUOLO / FIRMA OPERATORE

Il Responsabile della prima istruttoria del procedimento amministrativo è la Sig.ra Antonella Calamini

Gli interessati potranno rivolgersi al Punto Unico di Accesso sito in Via della Resistenza angolo Via Gobetti – 50032 Borgo San Lorenzo - telefono n. 055/8451573/574, fax n. 055/8451575, e-mail pua.mugello@asf.toscana.it.

Il procedimento si conclude entro 30 giorni dalla data di protocollo della domanda stessa, con la consegna del piano assistenziale personalizzato (PAP) qualora venga riconosciuto il bisogno socio-sanitario nella fase di prima istruttoria del procedimento.

Il responsabile della fase conclusiva del procedimento è il Dr. Maurizio Timpanelli ,

L'interessato può presentare una richiesta di riesame motivata che deve essere inoltrata al responsabile dell'Unità di Valutazione Multidimensionale - Dr. Maurizio Timpanelli - Via della Resistenza angolo Via Gobetti - 50032 Borgo San Lorenzo

Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. N. 196/03, pertanto, La informiamo che:

1. i dati sono trattati esclusivamente per la seguente finalità: monitorare le prestazioni socio-sanitarie effettuate e la relativa appropriatezza
2. i dati sono trattati in forma automatizzata al fine di consentire il controllo ed il monitoraggio costante dell'assistenza;
3. tutti i dati, resi anonimi, sono utilizzati anche in forma aggregata al fine di elaborazione dei rapporti statistici;
4. il conferimento dei dati è facoltativo. Il rifiuto del conferimento dei dati comporterà l'impedimento a completare l'istruttoria della domanda
5. destinatari della comunicazione dei dati possono essere i soggetti (pubblici e privati) che dichiarano espressamente di essere interessati per determinati compiti istituzionali;
6. l'interessato può esercitare i diritti di cui all'art.7 del Codice in materia di protezione dei dati personali, fra cui il diritto di ottenere la conferma, l'aggiornamento e la cancellazione dei dati;
7. Il titolare del trattamento è l'Azienda USL 10 di Firenze. I responsabili del trattamento dei dati garantiscono che i dati siano raccolti e trattati in osservanza del Codice in materia di protezione dei dati personali ed in particolare del riscontro dei diritti dell'interessato. Per esercitare i diritti di cui all'art. 7, del Codice stesso occorre rivolgersi al Punto Unico di Accesso sito in.Via della Resistenza angolo Via Gobetti - 50032 Borgo San Lorenzo - telefono n. 055/8451573/574 fax n. 055/8451575, e-mail pua.mugello@asf.toscana.it.

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 presta il Suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa

Data

Firma dell'utente
