



**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELL' UNITÀ VALUTATIVA
MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE (U.V.M.D.)**

AL DIRETTORE U.O.C. CURE PRIMARIE DEL DISTRETTO UNICO

ASSISTITO:

Cognome Nome
 Sesso N. tessera sanitaria Codice Fiscale
 Luogo di nascita Data di nascita
 Indirizzo Comune
 Telefono Medico curante
 Esenzione ticket: SÌ NO Codici di esenzione
 Invalidità: SÌ NO Indennità di accompagnamento: SÌ NO

FAMILIARI DI RIFERIMENTO:

Cognome e nome	Grado di parentela	Telefono
.....
.....

PROPONENTE: recapito telefonico

in qualità di:

Familiare Soggetto civilmente obbligato o tutore

Medico Specialista/Medico Ospedaliero Assistente sociale Comune o A.S.S.L.

Medico di Medicina Generale *(da utilizzare solo in caso di richiesta di ammissione in struttura)* Altro

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

Assistenza Domiciliare Integrata

Ricovero in struttura residenziale

Altro (specificare)

Informazioni utili:

.....

.....

già in carico al servizio di

Allegato Modulo di Consenso

Luogo e data

Firma del proponente



MODULO DI CONSENSO

Il sottoscritto....., nato a
 il, residente a in Via,
 dichiarando di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (*Legge 31-12-96 numero 675: Art. 13 diritti dell'interessato, Art. 22 dati sensibili, Art. 23 dati sanitari*) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti,

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

1. al trattamento dei dati personali (legge 31-12-96 numero 675)

- propri
- del familiare, nato a il ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie;

2. all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale.

3. all'inserimento in un programma di nutrizione artificiale domiciliare.

Luogo e data

Firma leggibile

.....

.....

PARTE DA COMPILARE IN CASO DI CONSENSO FIRMATO DA UN FAMILIARE

Il sottoscritto dr. dichiara che al momento della visita (il giorno alle ore) il sig., nato il, non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra.

Timbro e firma del medico

.....