une di Venezia - Protocollo E) n. 0083511/2025 del 13-05-2025

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS2 MARCA TREVIGIANA

AZIENDA ULSS N. ___ - DISTRETTO S.S. N. _____

COMUNE DI _____

Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane

MODULO DI DOMANDA PER L'AVVIO DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI SOCIALI, SANITARI E SOCIO-SANITARI A FAVORE DELLE PERSONE ADULTE E ANZIANE

(DGR n. 2961/2012 E DGR N. _____ DEL _____)

Al Direttore del
Distretto socio-sanitario n. _____
dell'Azienda ULSS n. _____

oppure

Al Sindaco del Comune di
_____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato/a a _____ (_) il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

cellulare |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| email _____

in qualità di:

Iniziativa della domanda (una sola risposta)

- ☐ propria
- ☐ familiare o affine
- ☐ soggetto civilmente obbligato
- ☐ assistente sociale pertinente
- ☐ medico MMG
- ☐ medico ospedaliero
- ☐ tutore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ centrale operativa territoriale
- ☐ Altro (specificare _____)

nune di Miane - Protocollo (E) n.0003511/2025 del 13-05-2025

DOMANDA DI VALUTAZIONE:

Motivo della domanda

- ☐ perdita dell'autonomia
- ☐ famiglia non in grado di provvedere
- ☐ isolamento sociale
- ☐ alloggio non idoneo
- ☐ Altro (specificare _____)

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

chiede

L'AVVIO DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI SOCIALI E SOCIO-SANITARI A FAVORE DELLE PERSONE ADULTE E ANZIANE

Persona adulta o anziana per cui si richiede la valutazione:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ ( ) il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____ ( ) in via _____ n. _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

compilare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di ( ) in via _____ n.

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, Dr./Dr.ssa _____, Tel. _____

Assistente Sociale, Dott./Dott.ssa _____, Tel. _____

_____ li _____

Firma per esteso

_____

☐ Allegata copia del documento di identità.

☐ Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: ☐ Carta di identità, ☐ Patente di guida, ☐ Altro (_____)

rilasciato da _____ il _____ Numero _____

INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti saranno gestiti nel rispetto del GDPR 2016/679 da tutti gli enti coinvolti.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'avvio del processo di valutazione multidimensionale, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale avvio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dai dati relativi alla situazione economica della famiglia nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale saranno raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale e dalle equipe di valutazione multidimensionale distrettuale, avvalendosi della SVaMA. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, per la valutazione dei bisogni, la definizione dei contenuti assistenziali del progetto individualizzato, per la definizione dei possibili *setting* assistenziali, nonché l'inserimento nelle graduatorie e nei registri relativi servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
b) Finalità funzionali alla gestione del processo di valutazione multidimensionale e degli adempimenti che da esso dipendono.
c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alle programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo) nonché in relazione alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, nei procedimenti legali, e adempiendo altresì alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di vigilanza e controllo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (pec, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda.

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'avvio del processo di valutazione Multidimensionale nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.

In fede,

_____ _____

(luogo e data) firma leggibile