



A cura della Segreteria U.V.G.

N. Protocollo \_\_\_\_\_

Data Ricevimento \_\_\_\_\_

**Alla UNITÀ di VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.)**  
**dell'A.S.L. V.C.O.**  
**(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Domiciliato (solo se diverso dalla sede di residenza): Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

- Per se stesso

**oppure**

- In qualità di:  tutore  amministratore di sostegno

convivente (specificare).....

prossimo congiunto (specificare grado di parentela).....

altro (specificare).....

**per la persona sotto indicata**

**CHIEDE**

di essere sottoposto / sottoporre a Valutazione Multidimensionale Geriatrica per la definizione di un **Progetto di assistenza e cura** ai sensi delle normativa vigente, che preveda:

Progetto di assistenza domiciliare in lungo assistenza

Inserimento in Struttura Residenziale

" la valutazione potrà essere effettuata anche per via telematica in modalità televisita / teleconsulto"

**Non compilare se la domanda è inoltrata dall'interessato/a:**

Il/la Signor/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domiciliato (solo se diverso dalla sede di residenza): Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Invalidità Civile \_\_\_\_\_% Indennità di Accompagnamento si  no  in corso

medico curante \_\_\_\_\_

- Nel caso in cui l'esito della Valutazione Multidimensionale Geriatrica indicasse, come sede del progetto di assistenza e cura, una Struttura residenziale a valenza sanitaria e sociale, esprimo di seguito le mie preferenze rinunciando fin d'ora (salvo diversa mia successiva comunicazione scritta) alle strutture non contrassegnate:

ف Domodossola	ف "M. Muller" - Verbania Intra
ف Montescheno	ف Opera Pia "Uccelli"-Cannobio (Vb)
ف Premosello Ch.	ف "S.Rocco" - Verbania Intra
ف Vanzone	ف Ist. "Sacra Famiglia" - Verbania Intra
ف Varzo	ف "Arcadia" - Belgirate (Vb)
ف Baceno	ف "Villa Serena" - Orta S. Giulio (No)
ف Vogogna	ف "Lagostina" - Omegna - (Vb)
ف Villadossola	ف "S. Antonio - Ameno (Vb)
ف Re	ف Eremo di Miazzina (Vb)
ف Ornavasso	
ف Bannio Anzino	

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, 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 geriatrica; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgv.196/2003, 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 UVG.

Se l'istanza è presentata da/per persona ricoverata in struttura residenziale, indicare di seguito la residenza precedente all'inserimento in struttura:

· residenza \_\_\_\_\_

· Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Attuale collocazione del Valutando:** \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di:**

- Ricevere o aver ricevuto interventi da:

Servizio sanitario	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Quale
Servizio sociale	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Quale

- Essere disponibile a sottoporsi agli accertamenti diretti a verificare l'esistenza di situazioni e/o requisiti previsti dalla vigente normativa riguardante interventi socio-sanitari a favore di adulti ed anziani non autosufficienti

**Si impegna fin d'ora:**

1. a produrre tutta la documentazione eventualmente richiesta dalla U.V.G. necessaria per una migliore valutazione medica, infermieristica e sociale;
  2. nel caso in cui, anche solo telefonicamente, da parte della UVG (tramite la sua Segreteria) venisse proposta, come sede del progetto e di assistenza e cura, una delle strutture a valenza sanitaria e sociale fra quelle da me sopra indicate, a comunicare l'accettazione o l'eventuale rinuncia (tramite email) nel più breve tempo possibile e comunque entro e non oltre le 24 ore.
- **Dichiara di essere informato che l'ingresso in una struttura convenzionata comporterà il pagamento della retta corrispondente alla quota alberghiera**
  - **Dichiara di essere informato che l'attivazione di prestazioni domiciliari (ass. domiciliare), potrà prevedere una compartecipazione economica a carico del beneficiario.**

Comunica che :

- la persona di riferimento (parente/altro) è il/la sig./sig.ra:

\_\_\_\_\_

- il recapito al quale inviare ogni comunicazione in merito è:

\_\_\_\_\_

- recapito telefonico: \_\_\_\_\_

**CONSENSO**

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La domanda è completata dalla seguente documentazione allegata:

- Scheda sanitaria informativa del Medico di Medicina Generale, dott. \_\_\_\_\_
- Impegnativa del Medico di Medicina Generale, dott. \_\_\_\_\_
- Documentazione attestante il reddito:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
- Documentazione sanitaria
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

---

(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la domanda)

(Firma del richiedente)

*\* Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità, della persona cui si chiede l'inserimento in struttura, o di riconoscimento in corso di validità ai sensi dell'art.76, D. Lgs. 445/2000*

---

**N.B.**

**In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. Tel. 0324/491648-0324/491650**