



Data di pervenuto ULSS 4 Veneto Orientale

Al Direttore  
del Distretto Socio Sanitario

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN CENTRO SERVIZI RESIDENZIALI  
PER NON AUTOSUFFICIENTI.**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A SIG./SIG.RA**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_,  
 n. di Telefono \_\_\_\_\_  
 mail \_\_\_\_\_  
 domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_  
 Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Medico curante \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La valutazione da parte dell'UVMD ai fini dell'iscrizione in graduatoria per l'accoglienza in Centro Servizi Residenziali per persone anziane non autosufficienti di tipo:

- residenziale (Centro Servizi Residenziali)
- prima valutazione
  - rivalutazione       rivalutazione urgente (allegare certificato medico o relazione sociale)
  - trasferimento       trasferimento in Centro Servizi di altra ULSS
  - passaggio di livello
  - passaggio fisiologico
  - dimissione protetta
  - accoglienza temporanea
- semiresidenziale (Centro Diurno per non autosufficienti)
- per se stesso
  - per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
 n. di Telefono \_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla  
 Residenza) \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
 \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nel caso in cui il richiedente sia diverso dalla persona interessata all'inserimento nel Centro Servizi Residenziali indicare il grado di parentela o il titolo che da diritto a presentare la domanda (Es: Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno, Coordinatore/Responsabile del Centro Servizi Residenziali, altro.....)

## DICHIARA

- di essere attualmente ospite presso Il Centro Servizi Residenziali \_\_\_\_\_ come ospite autosufficiente;
- di esprimere la preferenza per l'ammissione solo per i centri servizi residenziali sotto riportati, specificando l'ordine di priorità di scelta (Es.: 1°, 2°, 3°, ecc...):

<b>Centro Servizi Residenziali per anziani non autosufficienti</b>	<b>Indicare l'ordine di preferenza (Campo obbligatorio)</b>
Anni Sereni Città di Eraclea	
Ca' Vio di Cavallino Treporti	
Don Moschetta di Caorle	
Fondazione F.Ili Zulianello di San Stino di Livenza	
I Tigli di Meolo	
Ida Zuzzi di San Michele al Tagliamento	
Giardini del Piave di San Dona' di Piave	
ISVO Monumento ai Caduti in Guerra	
IPAB Residenza per Anziani G. Francescon di Portogruaro	
Residenza Gruaro di Gruaro	
Residenza Santa Margherita di Fossalta di Portogruaro	
San Martino di Torre di Mosto	
San Sebastiano di Cinto Caomaggiore	
Stella Marina di Jesolo	
Altro (specificare):	

<b>Centro Diurno per anziani non autosufficienti</b>	<b>Indicare l'ordine di preferenza (Campo obbligatorio)</b>
Don Moschetta di Caorle	
Fondazione F.Ili Zulianello di San Stino di Livenza	
I Tigli di Meolo	
Ida Zuzzi di San Michele al Tagliamento	
IPAB Monumento ai Caduti in Guerra	
IPAB Residenza per Anziani G. Francescon di Portogruaro	
Residenza Santa Margherita di Fossalta di Portogruaro	
Altro (specificare):	

\* Specificare l'ordine di preferenza (Es.: 1°, 2°, 3°, ecc...); l'ordine di priorità e i centri servizi residenziali scelti al momento della presentazione della domanda possono essere modificati inviando una comunicazione alla segreteria dell'UOC Cure Primarie

- che l'interessato ha i propri riferimenti familiari che risiedono nel territorio del Veneto orientale

che la persona di riferimento (se diversa dal richiedente) è:

Nome Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_ ; mail \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

**A CURA DELLA STRUTTURA OSPITANTE PER I PASSAGGI FISIOLGICI**

Si dichiara che il Sig. \_\_\_\_\_ è ospite della struttura  
\_\_\_\_\_ dal giorno \_\_\_\_\_.

Timbro e Firma  
\_\_\_\_\_

**PER LE DOMANDE DI TRASFERIMENTO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara che il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_  
è ospite del centro servizi residenziali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

Firma  
\_\_\_\_\_

**A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE DI RESIDENZA DELL'INTERESSATO**

Si chiede la valutazione del sig. \_\_\_\_\_ per URGENZA SOCIALE.

Timbro e Firma  
\_\_\_\_\_

**NOTE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_



**Consenso al trattamento dei dati personali  
(Regolamento UE 679/2016 - GDPR)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiarando di aver acquisito e compreso l'informativa relativa alla Domanda di accoglimento in centro servizi residenziali per non autosufficienti, ai sensi degli artt. 7 e seguenti del Reg. UE 679/2016 (*di seguito GDPR*):

A)  ACCONSENTE  NON ACCONSENTE

che i dati sanitari, anagrafici e fiscali, propri ovvero dell'interessato indicato in seguito, vengano trattati, nei limiti strettamente necessari per il raggiungimento delle finalità previste dall'informativa e dall'istruttoria relativa alla valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale e dei relativi esiti;

B)  ACCONSENTE  NON ACCONSENTE

che il personale amministrativo, professionale e sanitario incaricato dall'Azienda possa dare informazioni sullo stato di salute proprio o dell'interessato indicato in seguito, a:

- Familiare \_\_\_\_\_ (*grado di parentela* \_\_\_\_\_)
- Medico \_\_\_\_\_
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_ **Firma dell'interessato** \_\_\_\_\_

**Incapacità alla sottoscrizione**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di (\*) \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 9 del GDPR 679/2016, dichiara che al momento di presentazione della domanda di accoglimento in centro servizi residenziali per non autosufficienti il signor/la signora \_\_\_\_\_ non è nelle condizioni psicofisiche di poter sottoscrivere il consenso.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

(\*) Genitore/Congiunto/Familiare; Tutore; Amministratore di sostegno; Responsabile di Struttura

**Parte da compilare in caso di domanda e consenso firmato da un familiare o altra persona avente titolo**

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_ dichiara che al momento della visita (il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_) il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_, non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere la domanda ed il consenso.

**Firma del medico**

\_\_\_\_\_