



Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria

da presentare in duplice copia
una copia verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione

**ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD-Minori)
dell'ASL TO3 Distretto Area Metropolitana Centro**

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona, anche del proprio

RICHIESTA

di **Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria**

di **Rivalutazione sociale** **sanitaria** **sociosanitaria**

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il minore (Cognome e nome) _____
nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
Codice Fiscale _____

La richiesta è avanzata dal:

genitore/i o familiare esercente/i la responsabilità genitoriale (specificare).....

tutore altri (specificare).....

Sig/ra _____
nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
e-mail _____

Sig/ra _____
nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
e-mail _____

Il sottoscritto/i è altresì consapevole/i che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di Consenso al trattamento dei dati, a firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale del minore destinatario della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore).

In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria

Luogo e data _____

(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

(Firma leggibile di chi presenta l'istanza)

INFORMATIVA SULLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI (PRIVACY) AI CITTADINI

Informativa ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/2016 (art.13), ad oggetto “Codice in materia di protezione dei dati particolari”.

In relazione alle richieste di interventi presentate alla Commissione UMVD dell’A.S.L. TO3, si informano preventivamente gli interessati che i dati forniti sono sottoposti ad operazioni di trattamento automatizzato con supporti informatici, conservazione, elaborazione, classificazione, nel rispetto dei doveri di riservatezza ed in conformità a quanto espressamente previsto dalla Legge.

La finalità del trattamento consiste unicamente nell’accertamento delle condizioni di bisogno del richiedente l’intervento e/o del suo nucleo familiare in conformità alle modalità ed alle condizioni di volta in volta stabilite per l’erogazione delle prestazioni. Il conferimento di tali dati ha natura obbligatoria secondo quanto sancito da leggi e regolamenti in materia. L’eventuale rifiuto dell’interessato a fornire i dati richiesti per il trattamento comporterà come conseguenza l’improcedibilità di qualsiasi richiesta di intervento.

Il trattamento dei dati forniti può comportare la comunicazione dei medesimi a: Organismi Sanitari, Istituti e Scuole, Enti Previdenziali ed Assistenziali, Uffici Giudiziari, Enti Locali, Associazioni di Enti Locali, altre Pubbliche Amministrazioni, Organismi per il collocamento occupazionale, Patronati, Istituti di formazione professionale, Assicurazioni, Organizzazioni di volontariato, familiari dell’interessato, Imprese e/o Cooperative gestori di servizi per conto dei Consorzi Intercomunali o dell’A.S.L. TO3.

Gli interessati si possono avvalere dei diritti indicati dall’art. 7 della Legge citata, fra i quali, a titolo esemplificativo, ottenere informazioni sui dati che li riguardano, aggiornamento e cancellazione degli stessi.

CONSENSO SCRITTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SANITARI

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a

il prende atto dell’informativa sul trattamento dei dati personali e sanitari esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale viene presentata la dichiarazione, ai sensi *Regolamento UE 679/2016* ed esprime il consenso all’archiviazione ed al trattamento dei medesimi riguardanti se stesso o il sig.....di cui è:

- tutore
- esercente la responsabilità genitoriale
- altro.....

Luogo_____

Data _____

Firma del/i richiedente/i _____
