

Oggetto: richiesta di valutazione U.V.M.D.

Al Signor Responsabile U.V.M.D. del Distretto _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Codice fiscale (*) _____ medico curante dr. _____

Domicilio attuale _____ Via _____ n° _____

Comune di residenza _____ telefono _____
(come da iscrizione anagrafica)

(*) Per i cittadini stranieri, qualora non in possesso del Codice Fiscale, vanno indicati in alternativa tra loro il codice TEAM (campo 6 della Tessera europea assicurazione malattia) o il codice ENI (Europei non iscritti) o il codice STP (Straniero temporaneamente presente). Nel caso venga indicato il codice TEAM vanno riportati il codice istituzione pagatrice (campo 7) il numero identificativo tessera (campo 8) e la data di scadenza (campo 9) / /

Spazio a cura dei Centri Servizi nel caso di richiesta per persone già accolte a qualsiasi titolo successivamente all'1/01/1999

comune di residenza al momento dell'ingresso in struttura:**data inserimento in struttura a qualsiasi titolo:****chiede:** **1^ Valutazione** **Rivalutazione**

che l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale attivi una valutazione finalizzata a predisporre un piano di assistenza individualizzato da parte dei servizi pubblici.

Segnala di essere interessato soprattutto ai seguenti servizi (barrare la/le casella/e) individuate:

1	SERVIZI A SOSTEGNO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	
2	CENTRO DIURNO	
3	ACCOGLIENZA TEMPORANEA NEI CENTRI DI SERVIZIO	
4	ACCOGLIENZA DEFINITIVA NEI CENTRI DI SERVIZIO	
5	S.A.P.A (NUCLEO ALZHEIMER)	
6	DEFINIZIONE PROGETTO ASSISTENZIALE	

Nel retro: elenco dei Centri di Servizio dell'Azienda ULSS 8 "Berica"

Persona di riferimento

Cognome e Nome: _____ data di nascita _____ 1° tel. _____

(obbligatorio)

2° Tel. _____ e-mail _____

(facoltativo)

(facoltativo)

Grado di parentela _____ Operatore del servizio _____

Via _____ Comune _____

Il Richiedente allega:

- La scheda SVAMA SANITARIA compilata dal Medico di Medicina Generale.
- **Nel caso di soggetto affetto da demenza con disturbo comportamentale, certificato che attesta la diagnosi di demenza (la diagnosi deve essere espressa da uno specialista neurologo o geriatra, riportata all'interno di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte sia da centri di cura o reparti dell'ULSS, sia da fuori ULSS e/o di essere seguiti dai Centri di Decadimento Cognitivo e Demenze della Regione Veneto).**

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di _____ della persona interessata, evidenzia che le condizioni psicofisiche della stessa sono tali da non consentirne la sottoscrizione che pertanto presenta per suo conto. Nel richiedere l'attivazione della procedura di cui sopra dichiara, sotto la propria responsabilità, che l'interessato è adeguatamente informato della presente richiesta.

_____ li _____ Firma _____
(luogo) (data)

Sono interessato all'ingresso in **Centri di Servizio per non autosufficienti**; segnalo pertanto le Strutture di mio interesse. Consento la comunicazione a tali Enti delle informazioni da me rilasciate ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

È **obbligatorio** indicare almeno **una scelta** tra i seguenti Centri di Servizio per accedere alla Graduatoria Unica della Residenza

Strutture AULSS 8 "Berica"

Distretto Est		Distretto Ovest	
<input type="radio"/> IPAB VI Monte Crocetta - Vicenza	<input type="radio"/> Panizzoni - Camisano	<input type="radio"/> Res. Giardino - Recoaro Terme	<input type="radio"/> S. Antonio - Chiampo
<input type="radio"/> IPAB VI Salvi - Vicenza	<input type="radio"/> C.S. Anziani Dueville	<input type="radio"/> Parco Fortuna - Recoaro Terme	<input type="radio"/> Scalabrin - Arzignano
<input type="radio"/> IPAB VI Trento - Vicenza	<input type="radio"/> Lampertico - Montagalda	<input type="radio"/> Montalbieri - Valdagno	<input type="radio"/> La Pieve - Montebelluna
<input type="radio"/> Residenza Parco Città - VI	<input type="radio"/> S. Giovanni - Monte di Mossano	<input type="radio"/> Villa Serena - Valdagno	<input type="radio"/> S. Bertilla - Brendola
<input type="radio"/> Casa Provvidenza - Vicenza	<input type="radio"/> Cà Arnaldi - Noventa Vicentina	<input type="radio"/> Trissino	<input type="radio"/> Bisognin - Sarego
<input type="radio"/> Bressan - Isola Vicentina	<input type="radio"/> Michelazzo - Sossano	<input type="radio"/> Fondazione Marzotto - Valdagno	<input type="radio"/> Villa Serena - Lonigo
<input type="radio"/> Papa Luciani - Altavilla Vicentina	<input type="radio"/> De Giovanni - Barbarano Vicentino	<input type="radio"/> Tassoni - Cornedo Vicentino	<input type="radio"/> S. Giovanni B. - Montebello
<input type="radio"/> Villa Caldogno - Caldogno	<input type="radio"/> S. Giuseppe - Orgiano		<input type="radio"/> Don Bruzzo - Gambellara
<input type="radio"/> Bertolo - Sandrigo	<input type="radio"/> Simionati - Barbarano Vicentino		
<input type="radio"/> Bonaguro - Camisano	<input type="radio"/> Nascimbeni - Isola Vic. na		

Strutture afferenti ad altra Azienda ULSS

Denominazione della Struttura	Comune di ubicazione	A. ULSS

chiedo di essere contattato solo dalle strutture prescelte (se non si barra questa casella si verrà contattati da tutti i Centri di Servizio elencati).

Dichiaro che:

- * Ho ricevuto e sottoscritto il consenso al trattamento dei dati (allegato n. 1), di cui all' art. 13 del D.lgs n° 196/2003, comprensivo dei dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 (lett. D), nonché all'art.26.
- * Sono a conoscenza che le "Linee di indirizzo sulle prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogabili a persone affette da demenza e morbo di Alzheimer" del DDR n. 72 del 29.07.2016 e il Regolamento di gestione del Registro Unico della Residenza (R.U.R.) che disciplina il processo di gestione delle domande di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti nel territorio dell'Azienda ULSS 8, sono disponibili accedendo all'indirizzo Web: www.aulss8.veneto.it
- * Sono informato che la valutazione U.V.M.D. per l'accesso a tempo indeterminato ai Centri Servizio per persone non autosufficienti ha validità annuale, mentre per gli accoglimenti temporanei ha validità semestrale.

Data _____

Firma _____