

MODELLO DI DOMANDA DA PRESENTARE ALL'UFFICIO TERRITORIALE PREPOSTO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / _____
 residente a _____ Prov _____
 via/piazza _____ n° _____ telefono _____
 codice fiscale _____

in qualità di: ☐ diretto interessato ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

CHIEDE CHE

il sottoscritto (se diretto interessato) / la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro) sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.M.V.D. per la definizione di un Progetto Individuale socio sanitario.

in qualità di:

- ☐ convivente (specificare)
☐ prossimo congiunto (specificare grado di parentela)
☐ altro (specificare)

SEGNALA

la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro), affinché codesta U.M.V.D. sottoponga la medesima a Valutazione Multidimensionale, per la definizione di un Progetto Individuale socio sanitario.

(Il riquadro successivo non deve essere compilato se la domanda è presentata dal diretto interessato, in quanto i dati richiesti sono già stati compilati)

il/la sig./ra _____
 nato/a _____ il ____ / ____ / _____
 residente a _____ Cap. _____
 Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____

stato civile _____ codice fiscale _____
 domiciliato a _____ CAP _____
 Via/Piazza _____ n° _____
 MMG/PLS: _____ tel. _____

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 e s.m.i., 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 socio-sanitaria; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgs.196/2003 e s.m.i., 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 U.M.V.D.*

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra _____

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio sanitario	☐ Si	☐ No	Quale
Servizio sociale	☐ Si	☐ No	Quale

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- l'ISEE ordinario e socio-sanitario del beneficiario in corso di validità
- il modello OBIS-M del beneficiario (rilasciato dall'INPS)
- il verbale di invalidità civile
- il verbale di accertamento della gravità ai sensi della L.104/92 art. 3 – comma 3
- la copia della carta di identità e del codice fiscale del beneficiario.

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / piazza _____
Comune _____ CAP _____

CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data __/__/____ Firma _____

Acquisita fotocopia documento identificativo del dichiarante

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione al seguente numero telefonico _____