



Proposta di Accesso

MOD. 01

Spazio Riservato alla PUA

Prot. N° _____

Del _____

PROPOSTA D'ACCESSO
PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI
DOMICILIARI, SEMI E RESIDENZIALI

ASL	DISTRETTO SANITARIO
MUNICIPALITA'	CIRCOSCRIZIONE

PUNTO di ACCESSO	<input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> UOAA	<input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> UOAR	DATA PROPOSTA
-------------------------	---	---	----------------------

DATI ANAGRAFICI			
Cognome		Nome	
Data nascita		Luogo nascita	
Genere	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Codice fiscale	
Tessera sanitaria		Codice Esenzione ticket	
Nazionalità		Cittadinanza	
Indirizzo		Tel./Cell.	
Comune di residenza		Regione di residenza	
Nazione di residenza		Domicilio (da indicare se diverso dalla residenza)	
		C.S.S.T.	
		Assistente sociale	

Richiesta di segnalazione a cura di altri soggetti	<input type="checkbox"/> Utente	<input type="checkbox"/> Struttura semi-residenziale
	<input type="checkbox"/> Familiare/parente	<input type="checkbox"/> Struttura residenziale
	<input type="checkbox"/> Componente della rete informale	<input type="checkbox"/> Autorità giudiziaria
	<input type="checkbox"/> Tutore giuridico	<input type="checkbox"/> Privato sociale
	<input type="checkbox"/> U.O. ospedaliere	<input type="checkbox"/> Scuola
	<input type="checkbox"/> Ambulatorio STP	<input type="checkbox"/> Altro _____

Richiesta espressa dal segnalante	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare	<input type="checkbox"/> Ricovero struttura residenziale
	<input type="checkbox"/> Ricovero struttura semi-residenziale	<input type="checkbox"/> Altro _____

Eventuale persona di riferimento	Nome _____ Cognome _____ Residenza _____ Contatti _____
Eventuale persona di incaricata di tutela giuridica	Nome _____ Cognome _____ Ruolo _____ Residenza _____ Contatti _____

MOTIVAZIONE PROPOSTA	<input type="checkbox"/> Anziano "fragile" con ridotta autonomia <input type="checkbox"/> Disabile con pluripatologie di tipo cronico-degenerativo che determinano la riduzione dell'autonomia <input type="checkbox"/> Insufficienza del supporto familiare <input type="checkbox"/> Assenza della rete familiare <input type="checkbox"/> Condizioni di isolamento e marginalità <input type="checkbox"/> Dimissioni socio-sanitarie protette <input type="checkbox"/> Malattia acuta temporaneamente invalidante o stabilizzazione stato clinico <input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo <input type="checkbox"/> Altro _____
---------------------------------	---

TIPOLOGIA PROPOSTA	<input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> AD san. <input type="checkbox"/> AD soc. <input type="checkbox"/> assistenza semiresidenziale per disabili gravi <input type="checkbox"/> assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti <input type="checkbox"/> assistenza residenziale per disabili gravi <input type="checkbox"/> assistenza residenziale per disabili privi di sostegno familiare <input type="checkbox"/> assistenza residenziale per anziani non autosufficienti <input type="checkbox"/> Altro _____
-------------------------------	---

Prima valutazione:

- bisogno sociale
 bisogno sanitario
 bisogno complesso
 caso urgente

Allegati per propria competenza:

- Svama valutazione sanitaria
 Svama valutazione sociale
 Svama valutazione cognitiva funzionale (specilistica)
 I.S.E.E.
 Altro _____

DATA _____

Utente

Timbro e Firma proponente

Informativa al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196 /2003_sulla tutela dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione della presente richiesta saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati; di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili e di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003, tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

Firma
(diretto interessato o del tutore giuridico o esercente la potestà genitoriale)
