



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA dell'A.S.L. NO
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

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

RICHIESTA

SEGNALAZIONE

di Valutazione Multidimensionale

sanitaria

di Rivalutazione sociale

socio-sanitaria

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

per il Signor/ra _____ nato/a a _____ Prov _____ il ____/____/____ residente a _____ Prov _____ via/piazza _____ n° _____ telefono _____ Codice Fiscale _____ Medico Curante: _____ tel. _____

La richiesta è avanzata dal

diretto interessato

o dal tutore amministratore di sostegno

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



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
SEGRETERIE UVG

AREA NORD Viale Zoppis, 6 28021 BORGOMANERO Tel.0322 848543 uvg.bor@asl.novara.it
Piazza De Filippi, 2 28041 ARONA Tel.0322 516528 uvg.bor@asl.novara.it

AREA SUD Viale Roma, 7 28100 NOVARA Tel. 0321 374582 coordinamentouvg@asl.novara.it
Via Varzi, 21 28066 GALLIATE Tel. 0321 801239 distretto.gal@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

La segnalazione è avanzata dal

- coniuge/convivente (specificare) _____
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____
- altro (specificare) _____

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

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. 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.

COMUNICA CHE

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

riceve o ha ricevuto (nell'ultimo anno) interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quale /i
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quale /i



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
SEGRETERIE UVG

AREA NORD	Viale Zoppis, 6	28021 BORGOMANERO	Tel.0322 848543	uvg.bor@asl.novara.it
	Piazza De Filippi, 2	28041 ARONA	Tel.0322 516528	uvg.bor@asl.novara.it
AREA SUD	Viale Roma, 7	28100 NOVARA	Tel. 0321 374582	coordinamentouvg@asl.novara.it
	Via Varzi, 21	28066 GALLIATE	Tel. 0321 801239	distretto.gal@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

C H I E D E C H E

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

=====
Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore di sostegno).

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

Luogo e data _____

_____ (firma leggibile di chi presenta l'istanza)

A cura della segreteria UVG:

E' allegata alla domanda riferita a _____ la seguente documentazione (crociare le voci utilizzate):

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale riportante l'indicazione "Consulto interdisciplinare definito complessivo - Codice 8907.2"
- Scheda informativa sanitaria
- Copia Verbale di Invalidità
- Attestazione di richiesta del Modello ISEE
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)
- Dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).

(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
SEGRETERIE UVG

AREA NORD Viale Zoppis, 6 28021 BORGOMANERO Tel.0322 848543 uvg.bor@asl.novara.it

Piazza De Filippi, 2 28041 ARONA Tel.0322 516528 uvg.bor@asl.novara.it

AREA SUD Viale Roma, 7 28100 NOVARA Tel. 0321 374582 coordinamentouvg@asl.novara.it

Via Varzi, 21 28066 GALLIATE Tel. 0321 801239 distretto.gal@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

Gentile Interessato,

conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) tratterà dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione socio-sanitaria ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.

Finalità del trattamento

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La informiamo che il mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione.

In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.

Comunicazione e Diffusione

I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili potranno essere 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 agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;

Diritti dell'interessato

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è: _____

(indicare la persona fisica responsabile a cui rivolgersi con il riferimento e-mail)



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
SEGRETERIE UVG

AREA NORD	Viale Zoppis, 6	28021 BORGOMANERO	Tel.0322 848543	uvg.bor@asl.novara.it
	Piazza De Filippi, 2	28041 ARONA	Tel.0322 516528	uvg.bor@asl.novara.it
AREA SUD	Viale Roma, 7	28100 NOVARA	Tel. 0321 374582	coordinamentouvg@asl.novara.it
	Via Varzi, 21	28066 GALLIATE	Tel. 0321 801239	distretto.gal@asl.novara.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma,7 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di tutore o amministratore di sostegno, anche del proprio

Il Signor/ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

telefono/cell. _____ e-mail _____

Cod. Fisc. _____

oppure (se impossibilitato)

in qualità di: tutore amministratore di sostegno

il/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale, di:

esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati

negare il consenso al trattamento dei suoi dati

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione/rivalutazione e in sua assenza non si potrà dare esito all'istanza).

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____



www.regione.piemonte.it/sanita

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
SEGRETERIE UVG

AREA NORD Viale Zoppis, 6 28021 BORGOMANERO Tel.0322 848543 uvg.bor@asl.novara.it

Piazza De Filippi, 2 28041 ARONA Tel.0322 516528 uvg.bor@asl.novara.it

AREA SUD Viale Roma, 7 28100 NOVARA Tel. 0321 374582 coordinamentouvg@asl.novara.it

Via Varzi, 21 28066 GALLIATE Tel. 0321 801239 distretto.gal@asl.novara.it