

## DOMANDA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.)

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

## 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:

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

## 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

Per la **valutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda la seguente documentazione necessaria:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Attestazione di richiesta del Modello ISEE
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

L'eventuale dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU deve essere allegata alla presente richiesta di valutazione (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).

Allega, inoltre, la seguente documentazione ritenuta di utilità per la valutazione sanitaria e/o sociale:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

=====

Per la **rivalutazione sanitaria** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

=====

Per la **rivalutazione sociale**:

ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016 ripresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

=====

Per la **rivalutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

e per quanto riguarda la rivalutazione sociale, ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016, ripresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## CHIEDE CHE

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).**

L'Espressione di consenso potrà essere acquisita anche nel primo momento di contatto tra l'UVG e la persona destinataria, qualora non sia stato possibile acquisirla contestualmente alla richiesta di valutazione/rivalutazione.

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)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

N.B. È importante ricordare al richiedente:  
di presentare la richiesta di valutazione/rivalutazione in **duplice copia**: una sarà depositata, l'altra gli verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione da parte della Segreteria dell'UVG o dello Sportello Unico.

=====

## AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA

Ai sensi della DGR 34-3309 del 16/05/2016, qualora, dopo la presentazione di richiesta di valutazione, la persona interessata, cambi residenza e questo comporti anche cambio di ASL di appartenenza, (analogamente, in caso di cambio di indirizzo nell'ambito del Comune di Torino, che comporti anche il cambio di ASL di residenza tra le due ASL torinesi), deve comunicare per iscritto il cambio di residenza, **entro 15 giorni** dalla data di richiesta di cambio di residenza (indirizzo per Torino), alla nuova ASL di residenza.

Sulla base della data di comunicazione del cambio di residenza rispetto all'iter di valutazione si potranno avere i seguenti casi a) e b):

a) Nel caso in cui non sia stata effettuata o completata la valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza considererà valida la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

L'UVG dell'ASL di nuova residenza procederà quindi ad effettuare la valutazione socio-sanitaria.

b) Nel caso in cui la persona interessata abbia già ricevuto l'esito della valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza deve considerare valida:

- la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);

- la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale, salvo i casi per i quali il cambio di indirizzo è avvenuto all'interno del Comune di Torino e comporta il passaggio di competenza tra l'ASLTO1 e l'ASL TO2.

A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

La persona interessata, in caso di omessa comunicazione **entro 15 giorni** dalla richiesta di cambio di residenza anagrafica, deve ripresentare alla ASL di nuova residenza una **nuova Richiesta di valutazione**, corredata da una nuova l'impegnativa del Medico di Medicina Generale, da una nuova Scheda Informativa Sanitaria, l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso quanto riportato nel presente paragrafo "AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA".

Luogo e data \_\_\_\_\_

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

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

Gentile Interessato,

La informiamo che i suoi dati personali saranno trattati dall'ASL CN1, in qualità di titolare del procedimento, in conformità al D.Lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii. (Codice in materia di protezione dei dati personali) e al Regolamento U.E. 2016/679, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

### 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 autorizzato 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 autorizzato 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 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

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Titolare del trattamento dei Suoi dati è: \_\_\_\_\_  
(indicare la persona fisica responsabile a cui rivolgersi con il riferimento e-mail)

## Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Decreto Legislativo 196/2003 e ss.mm.ii. e Regolamento U.E. 2016/679

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 \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il presente modulo serve per richiedere una valutazione all'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) della propria ASL di residenza per gli assistiti anziani non autosufficienti. L'U.V.G. è una Commissione composta da medici, infermieri, assistenti sociali ed eventuali altre figure professionali, con compiti sia sanitari che sociali, ritenute opportune per il singolo caso. L'interessato può farsi assistere dal proprio medico di famiglia in sede di valutazione.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

La domanda di valutazione UVG è presentata dall'interessato ai sensi della D.G.R. 34-3309 del 2016 e degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e può essere compilata dai seguenti soggetti ai sensi della D.G.R. 34-3309 del 2016 e degli artt. 4 e 5 dello stesso DPR:

- tutore
- amministratore di sostegno
- coniuge, convivente, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute
- altro

### **MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

Il modulo può essere:

- a) firmato e consegnato di persona ad uno Sportello Unico Distrettuale dell'ASL CN1 presso i distretti di Cuneo-Borgo San Dalmazzo e Dronero, al P.A.S.S. per i Distretti di Mondovì e Ceva oppure alle Unità Minime Locali del Consorzio Socio-Assistenziale Monviso Solidale per i Distretti di Savigliano-Fossano e Saluzzo. Tali sedi forniscono informazioni sulle modalità di presentazione della domanda e avviano la procedura di valutazione;
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it), indicando il Distretto di residenza;
- c) firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC all'indirizzo: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it), indicando il Distretto di residenza.

### **Avvertenze**

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

### **DOCUMENTI DA PRESENTARE UNITAMENTE AL MODULO DI DOMANDA**

1. Impegnativa del Medico di Medicina Generale di "Richiesta valutazione multidimensionale U.V.G." o, in caso di ricovero ospedaliero, impegnativa interna del Medico ospedaliero
2. Scheda informativa sanitaria compilata dal Medico di Medicina Generale o, in caso di ricovero, dal Medico Ospedaliero
3. Attestazione ISEE/ DSU o MODDAD901A (Rinuncia presentazione ISEE)
4. Eventuale fotocopia di ogni documentazione sanitaria/sociale ritenuta utile ai fini di una migliore valutazione sanitaria e sociale
5. Fotocopia documento di identità valido del richiedente.

### **MODALITÀ E TEMPI DI RISPOSTA**

L'U.V.G. valuta il livello di non autosufficienza e le necessità assistenziali dell'anziano e quindi individua la risposta adeguata nell'ambito della rete dei servizi territoriali di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

90 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslc1.it](http://www.aslc1.it)

### **RIFERIMENTI/LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/unita-valutazione-geriatrica">https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/unita-valutazione-geriatrica</a>
------------------	---