

CHIEDE per

Cognome _____ Nome _____ Sesso [M] [F]

che venga eseguita la **valutazione da parte dell'Unità Operativa Distrettuale (U.V.M.D.)**, al fine di ottenere la disposizione di un progetto di intervento assistenziale individualizzato.

Si segnala di essere interessati soprattutto ai seguenti servizi:

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE – INDICARE: PRINCIPALE <input type="checkbox"/> SECONDARIO <input type="checkbox"/>	
01 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	10 <input type="checkbox"/> STRUTTURA PER AUTOSUFFICIENTI
02 <input type="checkbox"/> OSPITALITA' TEMPORANEA RIABILITATIVA (es. URT)	11 <input type="checkbox"/> SAPA
03 <input type="checkbox"/> OSPITALITA' TEMPORANEA SOCIALE (DI SOLLIEVO)	12 <input type="checkbox"/> HOSPICE (fax=0425 604336) o mail= info@casalendinara.it)
04 <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO	13 <input type="checkbox"/> ASSEGNO DI CURA O ALTRI CONTRIB. ECONOMICI
05 <input type="checkbox"/> ASS. DOM. SOCIALE (SENZA SERV. SANITARI)	14 <input type="checkbox"/> OSPEDALE DI COMUNITA'
06 <input type="checkbox"/> ASS. DOM. SEMPLICE 1° LIV. (CON O SENZA SOCIALE)	15 <input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE DOMICILIARI – ADPT (fax. 0425 393710)
07 <input type="checkbox"/> ASS. DOM. INTEG. 2-3° LIV (CON O SENZA SOCIALE)	16 <input type="checkbox"/> STATI VEGETATIVI
08 <input type="checkbox"/> ALTRE FORME DI ASSISTENZA	17 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA PER RELIGIOSI N.A.
09 <input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI	18 <input type="checkbox"/> ALTRO

Segnala le seguenti strutture di preferenza :

Rovigo	I.R.A.S. ("San Bortolo e Casa Serena)	0425/363311	
Rovigo	Centro Servizi Città di Rovigo	0425/426111	
Badia Polesine	Casa di Riposo	0425/591100	
Badia Polesine	Nucleo S.A.P.A.	0425/591100	
Castelmassa	RSA "S. Martino"	0425/81748	
Crespino	Casa di Riposo " S. Gaetano"	0425/780520	
Ficarolo	Casa di Riposo "S. Salvatore"	0425/708176	
Ficarolo	Casa di Riposo "La Residence"	0425/727310	
Ficarolo	"Istituti Polesani" RSA Mentale	0425/727444	
Fiesse Umbertiano	Casa di Riposo "La Quiete"	0425/754417	
Fratta Polesine	Casa di Riposo "Sacra Famiglia"	0425/668856	
Fratta Polesine	Centro Socio- Riabilitativo	0425/668856	
Gavello	Comunità Alloggio Casa degli Alberi	0425/778278	
Lendinara	Casa Albergo per Anziani	0425/641015	
Lendinara	Hospice "Casa del Vento Rosa"	0425/641015	
Stienta	Casa di Riposo " Villa C. Resemini "	0425/746077	
Trecenta	Casa di Riposo " S. Antonio"	0425/700113	
Villadose	Residenza Anni Azzurri Sant'Anna	0425/908121	

Informativa ex art. 13 D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione di dati personali"

Gentile Sig./Sig.ra, La informo, ai sensi del sopra richiamato Decreto Legislativo, che il consenso informato al trattamento dei Suoi dati personali e sensibili risulta indispensabile per lo svolgimento della valutazione e per i seguiti amministrativo-contabili previsti dalla normativa vigente.

Prima di manifestare il Suo consenso al trattamento dei dati, La prego di leggere cortesemente le righe che seguono:

- *Alcuni di questi dati, resi in forma anonima (cioè non collegabili al Suo nome e cognome), potranno essere utilizzati per la ricerca scientifica, per la statistica- epidemiologica e per la formazione;*
- *i dati saranno utilizzati proteggendo la sua riservatezza;*
- *i Suoi dati saranno utilizzati, nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio;*
- *L'Azienda Aulss n. 5 Polesana custodirà i Suoi dati in archivi cartacei o informatici e proteggerà questi ultimi con misure di sicurezza in grado di garantire che solo personale autorizzato e tenuto al segreto possa conoscere le informazioni che La riguardano;*
- *Lei ha diritto di chiedere l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione dei suoi dati;*
- *Lei ha diritto di modificare tale consenso in qualsiasi momento tramite nota scritta*

*Il Direttore del Distretto Socio-Sanitario
Aulss n. 5 Polesana*

Presa visione della informativa sopra riportata, il/la sottoscritto/a _____
autorizza il trattamento dei dati contenuti nella domanda di valutazione da parte dell'U.V.M.D. dell'Aulss n. 5 Polesana.

Data _____

Firma _____