



RICHIESTA DI RIVALUTAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO

Il/la sottoscritto/a, in nome e per conto proprio o nell'interesse di:

QUADRO A - DATI DELLA PERSONA SEGNALATA DI CUI SI CHIEDE LA VALUTAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

(cognome) _____ (nome) _____
 nato/a il gg/mm/aaaa a _____ (Prov. ____) e residente in
 _____ Via/P.zza _____ n° ____ Cap. _____
 Cod.Fiscale _____ Tel. _____
 Fax _____ E-Mail _____
 Stato civile¹ _____ Cittadinanza² _____
 Titolo di studio³ _____ N.Familiari conviventi⁴ _____
 Presenza di personale destinato all'assistenza⁵ SI NO

REPERIBILITA' (se differente dalla residenza) Via/P.zza _____ n° ____ Cap. ____ città _____

PERSONA DI RIFERIMENTO (cognome) _____ (nome) _____
 Via/P.zza _____ n° ____ Cap. ____ città _____
 Tel. _____ Rapporto con l'interessato⁶ _____

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a ; Separato/a.

² Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n. _____ rilasciata dalla Questura di _____ il _____ con scadenza il _____ o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____ / Rifugiato politico o Apolide (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) _____.

³Inserire una tra le seguenti diciture: Nessuna, Elementare, Media Inferiore, Diploma, Laurea.

⁴Per numero di conviventi si intende il numero di familiari inseriti nel nucleo anagrafico dello stato di famiglia.

⁵Barrare SI se la cura dell'anziano è svolta in tutto o in parte da personale assunto allo scopo (Badante, Assistente Personale ecc.)

⁶Inserire una dicitura (es. Familiare/Conoscente/Volontario/Amico/altro/Assistente sociale ecc..).

CHIEDE

La rivalutazione del Progetto di Assistenza Personalizzato del segnalato in quanto si sono realizzate le seguenti condizioni che rendono necessario una modifica:

Allegare certificazioni e/o documentazioni comprovanti quanto dichiarato.

DICHIARA

di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) ed esprime, contestualmente alla firma della presente segnalazione, il proprio consenso, ai sensi dell'art. 81 del D.Lgs. 196/03, al trattamento dei dati sensibili, anche idonei a rivelare il proprio stato di salute, raccolti presso il proprio medico curante e allegati al presente documento, necessari per l'istruttoria e la definizione della pratica.

QUADRO B - DATI ANAGRAFICI SOGGETTO CHE SEGNA IL BISOGNO (nel caso di persona diversa dal segnalato)

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a il gg/mm/aaaa a _____ (Prov. ____) e residente in
_____ Via/P.zza _____ n° ____ Cap. _____
Tel. _____ Codice fiscale _____
Stato civile _____ Cittadinanza⁷ _____
RELAZIONE CON IL SEGNALATO⁸ _____ E-Mail _____

ESTREMI dell'atto di procura/provvedimento per la tutela/curatela/nomina amministratore di sostegno, se presente _____

⁷ Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n. _____ rilasciata dalla Questura di _____ il _____ con scadenza il _____ o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____ / Rifugiato politico o Apolide (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) _____

⁸ I soggetti legittimati a presentare la segnalazione sono individuati dall'art. 9 della L. 66/2009 e rinvenibili all'art. 433 C.C. e all'art. 10, comma 1, della L.R. Toscana n. 41/2005 (coniuge; figlio/a; nipote; genitore; genero; nuora; suocero/a; fratello, sorella, procuratore, tutore, curatore, amministratore di sostegno).

QUADRO C - ALLEGATI (gli allegati devono essere prodotti obbligatoriamente)

- Scheda Clinica del Medico di Famiglia
- Copia fotostatica del documento di Identità del richiedente
- Copia fotostatica del documento di Identità del Segnalato, se diverso dal richiedente

QUADRO D - DICHIARAZIONE DEL DICHIARANTE SULL'INVIO DELLE COMUNICAZIONI

Richiedo alla Società della Salute di ricevere **TUTTE** le comunicazioni inerenti il procedimento di valutazione **ESCLUSIVAMENTE** mediante Posta Elettronica Certificata alla

e-mail _____

DATA _____ FIRMA _____
(richiedente)

QUADRO E - RISERVATO ALL'OPERATORE DEL PUNTO INSIEME

Prot. N. _____ QUARTIERE _____ SEDE _____ via _____
Data _____ Timbro e firma _____

AVVERTENZE

Il Quadro A deve contenere i dati relativi al soggetto di cui si chiede la valutazione di non autosufficienza (segnalato), la sue reperibilità se diversa dalla residenza e i dati di una persona di riferimento .

Il Quadro B deve essere compilato inserendo i dati del segnalante⁸ nel caso in cui questo sia persona diversa dal segnalato.

Gli allegati di cui al Quadro C devono essere prodotti obbligatoriamente, pena la mancata attivazione del percorso di valutazione.

In caso di invio per posta, a mezzo raccomandate A/R, la busta contenente la presente segnalazione deve essere inviata all'indirizzo del PUA viale Giovine Italia 1/1, 50122 Firenze, e deve riportare sul lembo la seguente dicitura CONTIENE SEGNALAZIONE DEL BISOGNO NA.

In caso di invio via fax, la presente segnalazione deve essere indirizzata al fax del PUA - 0552616222.

In caso di presentazione allo sportello, la presente segnalazione deve essere riconsegnata ad Punto Insieme

In caso di invio via e-mail, la presente segnalazione deve essere inviata in copia fotostatica (scansionata) per posta elettronica certificata all'indirizzo pua@pec.sds.firenze.it con oggetto: SEGNALAZIONE DEL BISOGNO - Nome e cognome anziano segnalato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI PERSONALI (artt. 13 e 22 D. Lgs. 196/03)

Gli enti titolari del trattamento dati sono il Comune di Firenze, l'Azienda Sanitaria di Firenze e la Società della Salute di Firenze. I dati forniti, necessari per l'attivazione del percorso di valutazione saranno trattati in formato cartaceo o digitale da parte di personale incaricato allo svolgimento delle singole operazioni con istruzioni scritte.

I dati relativi alla presente procedura possono inoltre essere comunicati esclusivamente per finalità istituzionali, nel rispetto dei principi di pertinenza, non eccedenza e completezza delle informazioni.

L'interessato può esercitare i diritti previsti all'articolo 7 del D.Lgs. 196/03 (Codice Privacy).

I responsabili del trattamento dati per questo procedimento sono individuati dai propri enti di appartenenza; il responsabile del trattamento dati per la Società della Salute di Firenze è il Direttore SdS pro tempore.