

Prot. n.      del      /      /

**Distretto** \_\_\_\_\_  
**UOC Percorsi per Cronicità, Disabilità Adulti e  
Non autosufficienza**

## **RICHIESTA DI VALUTAZIONE**

**per Ospitalità in strutture per persone non autosufficienti, anche anziane**

**per il Sig./la Sig.ra** \_\_\_\_\_

### **GENERALITA' DEL RICHIEDENTE**

*Il/la sottoscritto/a*

*Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_

*Data e Luogo di nascita* \_\_\_\_\_

*Cod. Fiscale* \_\_\_\_\_

*Residente a* \_\_\_\_\_ *Via/Piazza* \_\_\_\_\_

*Recapito Telefonico* \_\_\_\_\_

*email* \_\_\_\_\_

*in qualità di* \_\_\_\_\_

### **A tal fine si allega la seguente documentazione:**

- Fotocopia del documento di riconoscimento dell'utente
- Fotocopia del codice fiscale e/o tessera sanitaria dell'utente
- Scheda di attivazione di percorso residenziale (ex scheda Sus)

**CHIEDE LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE PER**

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

attualmente domiciliato/ricoverato c/o \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_

Medico di Famiglia \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Servizi sociosanitari pubblici \_\_\_\_\_

**Sesso**  *Maschio*  *Femmina*

**Stato giuridico**

*Soggetto di diritto*  *Amministrazione di Sostegno*  *Sottoposto a tutela*

**Stato civile**

*Celibe/Nubile*  *Coniugato/a*  *Vedovo/a*  *Separato/a*  *Divorziato/a*  *Convivente*

**Titolo di studio**

*Senza titolo*  *Lic.Elementare*  *Media Inf.*  *Media Sup.*  *Laurea*

**Professione esercitata in età lavorativa**

*Dipendente*  *Autonomo*  *Altro* \_\_\_\_\_

**Ha a disposizione un alloggio?  *SI*  *NO***

*di proprietà*  *in casa di figli*  *in casa di altri parenti*  
 *nuda proprietà*  *usufrutto*  *Casa di riposo o altra struttura comunitaria*  
 *in affitto (canone €\_\_\_\_\_)*

**Composizione del nucleo dei conviventi**

- Solo/a*       *Con familiare:* \_\_\_\_\_
- Altri parenti:* \_\_\_\_\_       *Personale retribuito*

**Nome dei familiari non conviventi tenuti agli alimenti ai sensi dell'art 433 del Codice Civile:**

*Tel*  
*Tel*  
*Tel*  
*Tel*

**Invalidità Civile** .....%       **SI**       **NO**

**Indennità di accompagnamento**       **SI**       **NO**

**Riconoscimento disabilità** (L. 104 art 3, c 3)       **SI**       **NO**

**Condizione economica (indicare l'importo mensile)**

Pensione sociale      € \_\_\_\_\_  
 Indennità di accompagnamento      € \_\_\_\_\_  
 Pensione di reversibilità      € \_\_\_\_\_  
 Reddito da lavoro\altri redditi      € \_\_\_\_\_  
  
 Totale mensile      € \_\_\_\_\_

*Data* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs.196/03 s.m.i. e Regolamento UE 2016/679)**

Il conferimento dei dati personali e delle informazioni richiesti/ e rimane facoltativo e, tuttavia, necessario all'Azienda Sanitaria per il raggiungimento di quanto richiesto; i dati/informazioni, se conferiti, diverranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, quale Titolare del trattamento. Il trattamento verrà effettuato anche con strumenti elettronici, comunque con misure adeguate al fine di garantire la protezione dei dati e la riservatezza dell'interessato. I dati, anche sanitari che diverranno pure oggetto di trattamento, non possono essere diffusi ma potrebbero essere comunicati ad altri se necessario alla finalità e in adempimento di specifici obblighi di legge o di regolamento. L'interessato può esercitare i diritti previsti dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali con richiesta rivolta al Titolare che ha sede in Borgo S.Spirito,3 (00193 Roma). Il Responsabile Aziendale della protezione dei dati è contattabile al seguente numero telefonico: 06.33062791-92e94 o per posta elettronica ([dpo@aslroma1.it](mailto:dpo@aslroma1.it)).

Nell'eventualità di mancato o non adeguato riscontro ad una richiesta di esercizio dei diritti privacy, l'interessato può rivolgersi all'Autorità Amministrativa (Garante per la protezione dei dati personali) o all'Autorità Giudiziaria.

Presa visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali si autorizza alla raccolta e al trattamento dei dati personali conferiti nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto.

*Firma* \_\_\_\_\_

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha presentato richiesta di valutazione

multidisciplinare per l'ospitalità in RSA del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_ acquisita da questo Servizio con Prot. n. \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_ *Firma* \_\_\_\_\_  
 (Cognome Nome)      (Ruolo professionale)

Roma, \_\_\_\_\_