

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di: diretto interessato   
tutore  di \_\_\_\_\_ (\*)  
curatore  di \_\_\_\_\_ (\*)  
amministratore di sostegno  di \_\_\_\_\_ (\*)

(\*)nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che la persona sopraindicata sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale per l'assegnazione di un voucher mensile e la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza ai sensi della D.G.R. n. 2942/2014 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: secondo provvedimento attuativo – Conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative".

- o Residenzialità Leggera/assistita in RSA, Alloggi Protetti, Case Albergo e Comunità Alloggio Anziani, altre tipologie di unità d'offerta ex D.G.R. n. 3239/2012 e D.G.R. n. 499/2013 (destinatari: persone fragili che abbiano compiuto 60 anni);
- o Residenzialità per minori con gravissima disabilità in RSD o CSS (destinatari: minori con gravissime disabilità non assistibili al domicilio che necessitano di assistenza continua nell'arco delle 24 ore)
- o RSA Aperta (destinatari: persone di norma anziane, affette da malattia di Alzheimer o altra demenza certificata; persone non autosufficienti che abbiano compiuto i 75 anni)

**Si dichiara altresì**

di essere a conoscenza che l'A.S.L., ai sensi dell'art. 71, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_  
Luogo data

\_\_\_\_\_  
firma estesa leggibile

**N.B.**

Nel caso di impossibilità alla sottoscrizione da parte dell'interessato, la stessa può essere effettuata da un familiare con allegate le copie dei documenti di identità di entrambe le persone ed indicazione del grado di parentela.

**Espressione di consenso al trattamento di dati sensibili.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"* presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Considerato che il sig. /la sig.ra \_\_\_\_\_ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,  
Il sottoscritto \_\_\_\_\_

amministratore di sostegno

tutore

**acconsente** al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

Allega alla presente domanda la documentazione ritenuta di utilità per una migliore valutazione globale.