



## 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 civile<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
 Titolo di studio<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ N.Familiari conviventi<sup>4</sup> \_\_\_\_\_  
 Presenza di personale destinato all'assistenza<sup>5</sup>  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'interessato<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a ; Separato/a.

<sup>2</sup> 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) \_\_\_\_\_.

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

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

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

<sup>6</sup>Inserire 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 \_\_\_\_\_ Cittadinanza<sup>7</sup> \_\_\_\_\_  
RELAZIONE CON IL SEGNALATO<sup>8</sup> \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

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

<sup>7</sup> 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) \_\_\_\_\_

<sup>8</sup> 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 segnalante<sup>8</sup> 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 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.