



A 3

PUNTO INSIEME QUARTIERE

Centro Sociale via n. ... (cap.....) FIRENZE

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELL'INTERESSATO/SEGNALATO

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

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ (Prov.) e residente in

FIRENZE Via/P.za _____ n° _____ Cap. _____

Tel. _____ Cod. Fiscale _____

Stato civile¹ _____ Cittadinanza² _____

consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

CHIEDE

di essere sottoposto/a, da parte dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM), alla procedura di valutazione multidimensionale della situazione di bisogno della persona in condizioni di non autosufficienza, in attuazione della sperimentazione del modello organizzativo assistenziale della Regione Toscana, di cui alla Deliberazione della GRT n. 402/04, allo scopo di ottenere le prestazioni socio-assistenziali eventualmente spettanti in relazione allo stato di non autosufficienza accertato dalla UVM e di cui al Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).

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)

Il/La sottoscritto/a, in relazione ai dati personali che lo/a riguardano³, 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 istanza, il proprio consenso, ai sensi dell'art. 81 del D.Lgs. 196/03, al trattamento dei dati sensibili idonei a rivelare il proprio stato di salute, ivi compresi i dati sensibili, raccolti presso il proprio medico curante e trasmessi al Punto Unico di Accesso, necessari per l'istruttoria e la definizione della pratica.

Il consenso riguarda i dati prodotti durante tutte le fasi del processo di valutazione multidimensionale del/la sottoscritto/a, della programmazione degli interventi e della loro esecuzione da parte degli operatori incaricati, del Comune di Firenze, dell'Azienda Sanitaria di Firenze e della Società della Salute di Firenze, autorizzati a compiere le operazioni di trattamento per le finalità di cui alla presente procedura.

QUADRO B - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un tutore, procuratore, curatore, o amministratore di sostegno

(cognome) _____ (nome) _____ nat _ a _____

() il _____ residente a _____ Via _____

n° _____ CAP _____ Tel. _____ Cod. Fiscale _____

Estremi della procura o del provvedimento di tutela / curatela / nomina amministratore di sostegno _____

DATA _____ **FIRMA** _____
(interessato, procuratore, tutore, curatore, amministratore di sostegno)

OPPURE:

QUADRO C - IMPEDIMENTO A SOTTOSCRIVERE⁴

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare a causa di impedimento fisico o analfabetismo è raccolta dal Pubblico Ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4)

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig.

(nome) _____ (cognome) _____ della cui identità si è accertato tramite documento di riconoscimento _____

Il Pubblico Ufficiale _____

(timbro e firma per esteso)

³ Dati personali dell'interessato/segnalato.

⁴ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che riceve la dichiarazione di impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

OPPURE:

QUADRO D - IMPEDIMENTO TEMPORANEO⁵

La dichiarazione di chi si trovi in situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale, fino al terzo grado⁶, al Pubblico Ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione nell'interesse del Sig:
(nome) _____ (cognome) _____ compilata da parte del
parente (indicare il grado di parentela) _____ (nome) _____
(cognome) _____ della cui identità si è accertato tramite documento di
riconoscimento _____ il quale dichiara che il congiunto E' IMPEDITO
TEMPORANEAMENTE ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE.

FIRMA _____ TIMBRO E FIRMA _____
del dichiarante (familiare) del Pubblico Ufficiale

⁵ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che riceve la dichiarazione di impedimento temporaneo dell'interessato a sottoscrivere.

⁶ Sono parenti fino al 3° grado: genitori, nipoti (figli di figli), pronipoti (figli di nipoti), fratelli e sorelle, nipoti (figli di fratelli o di sorelle), zii. Non sono parenti e non possono rendere la dichiarazione: suoceri/e, generi e nuore, cognati/e.

MODALITA' DI CONSEGNA DEL PRESENTE MODULO

QUADRO E - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art. 38, comma 3, DPR 445/2000)

DATA _____

FIRMA _____ TIMBRO E FIRMA _____
(del dichiarante) (del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

OPPURE:

QUADRO F - INVIO PER POSTA O PER VIA TELEMATICA O TRAMITE ALTRA PERSONA

Ai sensi degli artt. 38 e 45 del DPR 445/2000 è possibile inviare la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta, allegando obbligatoriamente fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante o, se scaduto, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione che i dati ivi contenuti non hanno subito variazione dalla data del rilascio.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Data colloquio di segretariato sociale _____

Operatore A.S. _____

Note: _____

AVVERTENZE:

Il Quadro A deve contenere i dati relativi al soggetto di cui si chiede la valutazione di non autosufficienza.

Il Quadro B deve essere compilato nel caso in cui l'interessato abbia conferito procura generale o speciale ad altro soggetto o nel caso in cui il medesimo sia soggetto a tutela, curatela o assistenza di amministratore di sostegno: la dichiarazione è sottoscritta rispettivamente dal procuratore, dal tutore o dall'interessato stesso con l'assistenza del curatore o dall'amministratore di sostegno, senza alcuna autentica di sottoscrizione, indicando gli estremi della procura o del provvedimento di tutela, curatela o di nomina di amministratore di sostegno.

Il Quadro C deve essere riempito quando l'interessato non sa o non può firmare per impedimento fisico o analfabetismo.

Il Quadro D deve essere riempito quando l'interessato si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

Il Quadro E viene utilizzato in caso di presentazione diretta allo sportello da parte dell'interessato o di altro soggetto che effettua la dichiarazione. In tal caso non occorre la fotocopia del documento di identità del dichiarante.

Il Quadro F riguarda le seguenti modalità di invio dell'istanza:

- In caso di **invio per posta**, la busta contenente la presente istanza deve essere inviata al seguente indirizzo:

SIAST n. ... Via n. ... cap Firenze

Sulla busta deve essere chiaramente indicata la seguente dicitura: **CONTIENE ISTANZA VNA**

- In caso di **invio a mezzo fax**, la presente istanza deve essere indirizzata al numero di fax indicato nell'intestazione nella prima pagina.
- In caso di **invio per altra persona**, la presente istanza deve essere riconsegnata, durante l'orario di ricevimento indicato nell'intestazione nella prima pagina, allo stesso centro sociale presso cui ci si è rivolti.

In tali casi, occorre allegare fotocopia del documento valido di identità del dichiarante.

Il procedimento avrà inizio dalla data di ricevimento della presente istanza attestata dal protocollo dell'ufficio ricevente.