



Distretto 39  
(Villaricca Qualiano Calvizzano )  
Direttore dott. *Domenico Ciccarelli*  
C.so Italia 168/b - Villaricca  
Tel. 081.18840135

REV.01 del 13/01/2020  
MODELLO CD1

### PORTA UNITARIA D'ACCESSO

A.S.L./ Distretto..... Ambito.....

N. Prot. Interno \_\_\_\_\_ data compilazione scheda \_\_\_\_\_

#### Richiesta di segnalazione a cura di:

- Unità Operativa Distrettuale: \_\_\_\_\_  
 Servizio Sociale professionale di: \_\_\_\_\_  Segretariato Sociale di: \_\_\_\_\_  
 M.M.G  P.L.S.  
 U.O. Ospedaliero: \_\_\_\_\_  
 familiare /parente  componente della rete informale  tutore giuridico  amministratore di sostegno  
 strutture residenziali: \_\_\_\_\_  strutture semiresidenziali: \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

Nominativo operatore: \_\_\_\_\_

#### DATI DELL'ASSISTITO

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

M

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Straniero temporaneamente presente (STP) Codice STP \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'Assistito: \_\_\_\_\_

Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Regione di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_

A.S.L. di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_

Nazionalità:  italiana  Straniero, cittadinanza: \_\_\_\_\_

Domicilio assistenziale \_\_\_\_\_

#### Profilo Personale

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  separato/a  divorziato/a  vedovo/a  convivente  
 non dichiarato

#### Istruzione

nessuna  licenza elementare  media inferiore  media superiore  diploma universitario  
 laurea  non dichiarato

**Condizione lavorativa:**  Occupato/a  occupazione stabile  occupazione temporanea  
 occupazione precaria  in forma dipendente  in forma autonoma  disoccupato/a  inoccupato  
cassintegrato/a  casalinga  studente  pensionato/a  inabile al lavoro

Altro (Specificare).....

**Medico dell'assistito:**  MMG  PLS nome: \_\_\_\_\_ cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ distretto n. \_\_\_\_\_

#### Utente già in carico

Servizi sociali  Servizi sanitari  Altro (specificare)  
Attualmente fruisce di servizi:  Servizi sociali  Servizi sanitari  Altro (specificare)

#### Richiesta espressa dall'utente:

Assistenza domiciliare  Ricovero in strutt. Residenziale  Ricovero in strutt. Semiresidenziale  
 Contributo economico Altro (specificare) .....

#### Bisogno rilevato dall'operatore:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Motivazioni della richiesta dell'operatore:**

- Anziano "fragile" e patologie geriatriche con riduzione dell'autonomia
- Disabilità fisico/psichica, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano riduzione dell'autonomia
- Malattia acuta temporaneamente invalidante o stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
- Insufficienza del supporto familiare/famiglia non in grado di provvedere
- Solitudine  Alloggio non idoneo  Dimissione socio-sanitaria protetta da reparto ospedaliero o da struttura residenziale  Tossicodipendenza  Altro: \_\_\_\_\_

**Prima valutazione**

- bisogno semplice  sociale sanitario  Bisogno complesso  Caso urgente **Attivazione dei Servizi:**

**Servizi attivati:**  sociale  sanitario  invio al percorso integrato /attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

---

**Allegati:**

**S.Va.M.A./S.Va.M.Di. Scheda A valutazione sanitaria da compilarsi a cura del MMG/PLS**

**S.Va.M.A./ S.Va.M.Di. Scheda C valutazione sociale da compilarsi a cura dell'assistente sociale dell'articolazione distrettuale Socio-Sanitaria di concerto con l'assistente sociale dell'Ambito Territoriale**

**S.Va.M.A./ S.Va.M.Di. Scheda B valutazione cognitiva e funzionale da compilarsi a cura del medico specialista coinvolto dall' articolazione distrettuale di Cure Domiciliari**

**Altro** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**Utente**

\_\_\_\_\_

**Ruolo e Firma operatore PUA**

\_\_\_\_\_

**Informativa al trattamento dei dati personali**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196 /2003 sulla tutela dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione della presente richiesta saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati; di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili e di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003, tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

**Firma**

(diretto interessato o del tutore giuridico o esercente la potestà genitoriale)

\_\_\_\_\_