

Modulo di Domanda - Azione 2

SOCIETÀ della SALUTE SENESE

Progetto INSIEME

(cod. 312736 - Codice CUP I69G24000010006)

AZIONE 2 – Servizi di assistenza a minori con disabilità e alle loro famiglie

Domanda di richiesta di buono servizio

DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE IL BUONO SERVIZIO

Cognome.....Nome.....

Comune e provincia di nascita..... (.....) Data nascita

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesso: *maschio* ☐ *femmina* ☐

Cittadinanza:

Stato civile: *Titolo di studio:*

Residenza:

Regione.....

Comune.....

CAP

Indirizzo.....

Domicilio sanitario:

Regione.....

Comune.....

CAP

Indirizzo.....

Reperibilità:

Regione..... Comune.....

Indirizzo.....

Presentando la domanda, Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa trattamento dati ai sensi degli Artt. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 allegata al presente avviso (**Allegato 2**) e reperibile nel sito aziendale al seguente link: <https://www.sds-senese.it/privacy>,

Firma.....
(del richiedente)

NOTA: la firma può essere apposta dal tutore/amministratore di sostegno/procuratore.
(nel caso allegare documento d'identità e nomina/procura)

Qualora la domanda sia presentata da un soggetto diverso da quelli sopra citati, questo deve essere delegato tramite modulo allegato al presente Avviso (**Allegato 4**)

Medico di Medicina Generale dell'assistito:

Nome..... **Cognome**.....

SEGNALAZIONE

Tipo segnalazione: ☐ *primo contatto* ☐ *richiesta valutazione successiva non programmata*

Segnalatore:

Cognome.....Nome.....

In qualità di

Indirizzo segnalatore.....

N. telefono segnalatore.....

Indirizzo e.mail:

(verrà utilizzato per le comunicazioni relative al Progetto RETE)

Presentando la domanda, Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa trattamento dati ai sensi degli Artt. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 allegata al presente avviso (**Allegato 2**) e reperibile nel sito aziendale al seguente link: <https://www.sds-senese.it/privacy>,

Data

Firma
(del segnalatore)

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diversa dal segnalante)

Cognome _____ Nome _____

In qualità di _____

Indirizzo _____

N. telefono _____ e.mail _____

È compito del richiedente richiedere ed aggiornare la relativa dichiarazione.

Allegati obbligatori:

1. Scheda di iscrizione partecipanti adulti (**Allegato 1**);
2. Scheda clinica redatta dal medico di famiglia (**Allegato 3**);
3. Documenti di identità;
4. Valutazione specialistica effettuata dal Dott.:

Nome Cognome.....

in data

La valutazione specialistica del Servizio Pubblico dovrà essere aggiornata agli ultimi 6 mesi dalla data di presentazione della domanda