MODULO DI RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLA LISTA DI ATTESA PER LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA AMBULATORIALE DI UTENTE ADULTO

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ il //_____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
CAP _____ Municipio (solo per Roma) _____ A.S.L. _____ Distretto _____
Recapiti telefonici _____ Indirizzo e-mail_____

RICHIEDE

l'inserimento nella Lista di Attesa per la presa in carico riabilitativa ambulatoriale presso il Centro Vaclav Vojta:
Scegliere e compilare una delle due opzioni (A o B):
□ **OPZIONE A - PER SE STESSO** (L'utente coincide con il richiedente sopra indicato)
□ **OPZIONE B - IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE** (Per soggetto sottoposto a tutela)
in qualità di: □ tutore □ amministratore di sostegno, richiede l'inserimento del seguente utente:
Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ il //_____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
CAP _____ Municipio (solo per Roma) _____ A.S.L. _____ Distretto _____
Diagnosi per la quale si richiede il trattamento *(campo obbligatorio)*_____ _
Codice ICD-9-CM e/o ICD-10 _____
Data di insorgenza *(campo obbligatorio)* _____
Eventuali patologie rilevanti in comorbidità _____
Data di rilascio della prescrizione autorizzativa: *(campo obbligatorio)* _____
Rilasciata da *(campo obbligatorio)*:
□ Servizio Disabili Adulti □ Medico specialista per la specifica disabilità di struttura pubblica ospedaliera
Trattamenti riabilitativi effettuati per la medesima patologia presso altre strutture accreditate ex art. 26:
□ sì, attualmente in corso □ sì, conclusi □ nessuno
Terapia farmacologica□ sì Specificare: _____
□ no

Invalidità civile: □ nessuna □ in corso di richiesta □ riconosciuta

Allega alla presente richiesta la documentazione di seguito indicata, consapevole che la mancata trasmissione della documentazione obbligatoria potrà comportare la non accettazione della richiesta, fatta salva la possibilità di regolarizzazione o integrazione nei casi previsti dal Centro:
□ **Copia della prescrizione autorizzativa**, con richiesta di progetto riabilitativo presso un Centro ex art. 26, rilasciata dal Servizio Disabili Adulti o dal medico specialista per la specifica disabilità di struttura pubblica ospedaliera, in corso di validità temporale rispetto alla data di presentazione della richiesta. *(Obbligatoria)*
□ **Copia delle valutazioni e/o relazioni cliniche disponibili**, rilasciate da strutture pubbliche e/o private, ove pertinenti ai fini della valutazione della richiesta.
□ **Copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria** in corso di validità *(Obbligatoria)*
□ **Copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria del dichiarante**, in corso di validità, se diverso dall'utente. *(Obbligatoria nel caso di richiesta per soggetto sottoposto a tutela)*
□ **Dichiarazione sostitutiva** relativa alla qualità del soggetto che presenta la richiesta (tutore o amministratore di sostegno), ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, secondo il modello predisposto dal Centro. *(Obbligatoria e allegata al presente modulo nel caso di richiesta per soggetto sottoposto a tutela)*
□ **Dichiarazione relativa al trattamento dei dati personali**, secondo il modello predisposto dal Centro. *(Obbligatoria e allegata al presente modulo. Nel caso di richiesta per soggetto sottoposto a tutela deve essere compilata e sottoscritta dal dichiarante)*

Dichiara, inoltre, di:

- aver fornito, mediante la documentazione clinica allegata alla presente richiesta, le informazioni sanitarie disponibili relative alla condizione dell'utente;
- che i dati e le informazioni riportati nella presente richiesta sono veritieri e aggiornati, e si impegna a comunicare tempestivamente al Centro eventuali variazioni rilevanti ai fini della gestione della richiesta e della permanenza nella Lista di Attesa;
- di essere consapevole che la documentazione e le informazioni cliniche trasmesse potranno essere sottoposte alla valutazione del personale medico del Centro, ai fini della verifica dei requisiti di eleggibilità e appropriatezza dell'accesso e della coerenza della richiesta con il percorso riabilitativo e l'offerta assistenziale erogati dal Centro**;**
- di aver preso visione dell'"Informativa ", pubblicata essere consapevole che la documentazione e le informazioni cliniche trasmesse potranno essere sottoposte alla valutazione del personale medico del Centro ai fini della verifica dei requisiti clinici di accesso, della coerenza della richiesta con il percorso riabilitativo erogato dal Centro e dell'applicazione, ove previsto, dei criteri di priorità e di scorrimento della Lista di Attesa;

sul sito web del Centro, e di averne compreso integralmente i contenuti, con particolare riferimento con particolare riferimento ai criteri di accesso e di esclusione, ai criteri di priorità, alle modalità di formazione e scorrimento della Lista di Attesa e ai tempi di attesa indicativi ,alle modalità di convocazione e alle conseguenze dell'eventuale rinuncia alla permanenza in LdA o al trattamento.

LUOGO, DATA E FIRMA DEL DICHIARANTE

Luogo _____
Data //_____
Firma del dichiarante (estesa e leggibile)_____

Note importanti per la compilazione:

- ***Mancata compilazione e documenti incompleti:*** *La mancata compilazione dei campi contrassegnati come obbligatori o la carenza della documentazione richiesta potrà comportare la non accettazione della domanda, fatta salva la possibilità di successiva regolarizzazione o integrazione nei termini e nei casi previsti dal Centro.*
- ***Tutela o Amministrazione di Sostegno****: Nei casi di utenti adulti sottoposti a tutela giuridica o a misura di amministrazione di sostegno, la richiesta deve essere sottoscritta dal soggetto legalmente legittimato, la cui qualità e i cui poteri di rappresentanza devono essere attestati nell'apposita dichiarazione sostitutiva allegata alla domanda.*

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale _____
nato/a a _____ il //_____
residente a _____Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ E-mail _____
IN QUALITÀ DI:
□ diretto interessato

- □ tutore

□ amministratore di sostegno
DELL'UTENTE PER IL QUALE VIENE RICHIESTA L'INSERIMENTO NELLA LISTA DI ATTESA
Nome _____Cognome _____
Codice Fiscale _____
nato/a a _____ il //_____

Per le richieste relative a soggetti sottoposti a tutela, curatela o amministrazione di sostegno, la qualità dichiarata e i relativi poteri di rappresentanza sono attestati mediante l'apposita "Autocertificazione della qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, tutore o amministratore di sostegno e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà", allegata al presente modulo e parte integrante della documentazione relativa alla richiesta.
DICHIARA
di aver preso visione dell'"Informativa sul trattamento dei dati personali", pubblicata sul sito web del Centro Vaclav Vojta, Titolare del trattamento, resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), relativa al trattamento dei dati personali e, ove previsto, dei dati relativi alla salute, effettuato dal Centro nell'ambito della gestione della richiesta di inserimento nella Lista di Attesa e delle eventuali successive attività connesse alla presa in carico riabilitativa.
Dichiara, altresì, di essere consapevole che il trattamento dei dati personali e, ove previsto, dei dati relativi alla salute, sarà effettuato dal Centro nel rispetto della normativa vigente e secondo i presupposti di liceità e per le finalità indicate nell'Informativa.
□ PRESTA IL CONSENSO
al trattamento dei dati personali e, ove previsto, dei dati relativi alla salute, per le finalità e secondo le modalità indicate nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, nell'ambito della gestione della richiesta di inserimento nella Lista di Attesa e delle eventuali successive attività connesse alla presa in carico riabilitativa.
Il/La sottoscritto/a è consapevole che, qualora il consenso costituisca il presupposto di liceità necessario per lo specifico trattamento, il mancato conferimento dello stesso può comportare l'impossibilità di procedere alle attività per le quali tale consenso è richiesto.
Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento secondo le modalità indicate nell'Informativa, fermo restando che la revoca non pregiudica la liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca.
FIRMA
Luogo _____
Data //_____
Firma dell'interessato/dichiarante

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ DI GENITORE ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Da compilare solo nei casi previsti

Il/La sottoscritto/a Nome _____Cognome _____
Codice Fiscale _____
nato/a a _____ il //_____
residente a _____Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ E-mail _____
in relazione alla richiesta di inserimento nella Lista di Attesa presso il Centro Vaclav Vojta dell'utente: Nome _____Cognome _____
Codice Fiscale _____
nato/a a _____ il //_____
DICHIARA
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi, di agire in qualità di:

□ **TUTORE**
nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di:

---

in data //_____, n. _____

□ **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**
nominato con provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di:

---

in data //_____, n. _____
con poteri di rappresentanza in materia sanitaria, nei limiti e secondo quanto previsto dal relativo provvedimento.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, che la qualità sopra indicata e, ove previsto, i relativi poteri di rappresentanza risultano attualmente validi ed efficaci e che non sono intervenute variazioni, revoche o provvedimenti successivi che ne abbiano modificato o limitato l'esercizio, per quanto di propria conoscenza.
Si impegna a comunicare tempestivamente al Centro Vaclav Vojta qualsiasi variazione relativa alla tutela, all'amministrazione di sostegno o ai relativi poteri di rappresentanza.
La presente dichiarazione è resa ai fini della gestione della richiesta di inserimento nella Lista di Attesa e degli eventuali successivi adempimenti connessi alla presa in carico riabilitativa dell'utente.

Luogo _____
Data //_____
Firma del dichiarante

Allega alla presente
□ Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.
□In caso di tutela, copia del provvedimento di nomina del tutore.
□ In caso di amministrazione di sostegno, copia del provvedimento di nomina e, ove necessario, della documentazione da cui risultino i poteri attribuiti in materia sanitaria.