MODULO DI RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLA LISTA DI ATTESA PER LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA SEMIRESIDENZIALE

Il/La sottoscritto/a Nome _____Cognome _____
Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ il //_____
Residente a _____Via/Piazza _____ n. _____
Recapiti telefonici _____Indirizzo e-mail _____
in qualità di: □ genitore esercente la responsabilità genitoriale □ tutore □ amministratore di sostegno

RICHIEDE

l'inserimento nella Lista di Attesa per la presa in carico riabilitativa semiresidenziale presso il Centro Vaclav Vojta dell'utente sotto indicato.
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 (Campo obbligatorio)_____

Data di insorgenza _____

Eventuali patologie rilevanti in comorbidità_____

Data di rilascio della prescrizione autorizzativa (campo obbligatorio)_____

Rilasciata da (campo obbligatorio):

□ TSMREE □ Servizio Disabili Adulti

La mancata compilazione dei campi contrassegnati come obbligatori potrà comportare la non accettazione della richiesta, fatta salva la possibilità di regolarizzazione o integrazione nei casi previsti dalla procedura.

Invalidità civile
□ nessuna
□ richiesta
□ riconosciuta

PROFILO CLINICO-FUNZIONALE

Difficoltà nella deglutizione e masticazione
□ sì Specificare: _____
□ no
Autonomie nelle attività della vita quotidiana (vestirsi, routine d'igiene, bagno, alimentazione)
□ autonomo/a o con supervisione
□ parzialmente autonomo/a – necessita di aiuto
□ non autonomo/a – necessita di assistenza nelle attività della vita quotidiana (es. necessita di essere imboccato/a, cambiato/a, ecc.)

Controllo sfinterico
□ presente
□ parzialmente presente – episodi occasionali di incontinenza
□ non acquisito
Spostamento nell'ambiente
□ cammina autonomamente
□ cammina tenuto/a per mano
□ cammina utilizzando ausili (es. tutori, deambulatore)
□ non cammina e utilizza la carrozzina
Linguaggio
□ linguaggio verbale assente
□ linguaggio verbale poco comprensibile
□ linguaggio verbale presente
□ utilizza strategie alternative di comunicazione (CAA)

deterioramento cognitivo *(Quadri con significativa compromissione delle funzioni adattive, marcato disorientamento spaziotemporale, demenze o gravi condizioni neurodegenerative*
□ sì Specificare: _____
□ no

Disturbi comportamentali (es. agitazione psicomotoria, comportamenti autoaggressivi o eteroaggressivi)
□ assenti
□ presenti (specificare frequenza, eventuali cause scatenanti e intensità:

Presenza di eventuali presidi sanitari
(es. tracheostomia, catetere vescicale a permanenza, sondino naso-gastrico, PEG, PEJ, stomie intestinali)
□ assenti
□ presenti (specificare)_____
Problemi di vista e/o udito
□ assenti
□ presenti (Specificare): _____
Altre patologie concomitanti (es. epilessia, diabete, ipertensione, ecc.)
□ assenti
□ presenti, in trattamento farmacologico e clinicamente stabili (specificare)_____
□ presenti, non adeguatamente controllate o clinicamente instabili
(Specificare): _____

Terapia farmacologica□ sì Specificare: _____
□ no

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 TSMREE / Servizio Disabili Adulti, in corso di validità temporale rispetto alla data di presentazione della richiesta.
(Obbligatoria)
□ **Copia delle valutazioni e/o relazioni cliniche disponibili** ove pertinenti ai fini della valutazione della richiesta.

□ **Copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria dell'utente**, in corso di validità.
Obbligatoria
□ **Copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria del dichiarante**, in corso di validità.
Obbligatoria
□ **Copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria dell'altro genitore**
Obbligatoria in caso di esercizio congiunto della responsabilità genitoriale*.*
□ **Dichiarazione sostitutiva relativa alla qualità del soggetto che presenta la richiesta** (genitore esercente la responsabilità genitoriale, 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)
□ **Dichiarazione relativa al trattamento dei dati personali**, secondo il modello predisposto dal Centro.
Obbligatoria e allegata al presente modulo

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 ai fini dell'accertamento dei requisiti di eleggibilità e appropriatezza dell'accesso e dell'eventuale effettuazione di una valutazione medica preliminare
- di aver preso visione dell'"Informativa ", pubblicata 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

FIRMA DELL'ALTRO GENITORE
(in caso di esercizio congiunto della responsabilità genitoriale)
Il/La sottoscritto/a
Nome _____
Cognome _____
Nato/a a _____ **il** //_____
dichiara di essere a conoscenza della richiesta di inserimento dell'utente nella Lista di Attesa e di prestare il proprio consenso alla presentazione della richiesta, in quanto esercente congiuntamente all'altro genitore la responsabilità genitoriale.
Firma dell'altro genitore_____ **Data** //_____

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.

- ***Responsabilità genitoriale congiunta:*** *La richiesta deve essere sottoscritta da entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Qualora uno dei due genitori sia oggettivamente impossibilitato a firmare, tale circostanza dovrà essere specificata nell'apposita dichiarazione sostitutiva allegata al modulo, indicando le motivazioni dell'impossibilità e confermando la condivisione della scelta di inserimento del minore nella Lista di Attesa (L.d.A.).*
- ***Responsabilità genitoriale esclusiva:*** *Qualora la responsabilità genitoriale sia esercitata da un solo genitore, ovvero risulti da uno specifico provvedimento giudiziario l'esercizio della stessa in modo esclusivo, la richiesta è sottoscritta dal solo genitore legittimato, secondo quanto attestato nell'apposita dichiarazione sostitutiva allegata.*
- ***Tutela o Amministrazione di Sostegno:*** *Nei casi di utenti minori o 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
DATI DEL DICHIARANTE

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale _____
nato/a a _____ il //_____
residente a _____Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ E-mail _____
IN QUALITÀ DI:
□ genitore esercente la responsabilità genitoriale
□ 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 minori o 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

In caso di esercizio congiunto della responsabilità genitoriale, il presente modulo deve essere sottoscritto da entrambi i genitori.
Firma dell'altro genitore

.

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

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:
□ **GENITORE ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE**
Stato civile:
□ celibe/nubile
□ coniugato/a
□ vedovo/a
□ separato/a
□ divorziato/a
□ altro _____

e dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale:
□ **congiuntamente con l'altro genitore (***In caso di esercizio congiunto della responsabilità genitoriale, entrambi i genitori dichiarano di essere a conoscenza della richiesta di inserimento del minore nella Lista di Attesa e sottoscrivono la presente dichiarazione)*.
Nome e Cognome dell'altro genitore _____
Nato/a a _____ il //_____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
Documento di identità n. _____
rilasciato da _____ il //_____

□ **disgiuntamente dall'altro genitore**, in forza del seguente provvedimento:
Tipo di provvedimento _____
n. _____ del //_____
Autorità _____
Repertorio/Registro _____
□ **unico esercente la responsabilità genitoriale**, in quanto:
□ unico genitore che ha riconosciuto il minore
□ vedovo/a
□ altro _____

□ **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 responsabilità genitoriale, 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

Firma dell'altro genitore, in caso di esercizio congiunto della responsabilità genitoriale

---

Allega alla presente
□ Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.
□ In caso di esercizio congiunto della responsabilità genitoriale, copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'altro genitore.
□ In caso di responsabilità genitoriale esercitata in forza di uno specifico provvedimento, copia del relativo provvedimento.
□ 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.