

**ALLEGATI****Allegato A Scheda di Accesso****PROTOTIPO SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DI SERVIZI****SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI  
A GESTIONE INTEGRATA E COMPARTICIPATA  
Set minimo per scheda di accesso P.U.A.****PROPOSTA DI ACCESSO**A.S.L. (logo) \_\_\_\_\_ DISTRETTO \_\_\_\_\_  
AMBITO TERRITORIALE (logo) \_\_\_\_\_

Data scheda \_\_\_\_\_

Codice identificativo (generato dal sistema informativo sociale e sanitario) \_\_\_\_\_

**PORTA UNICA D'ACCESSO**

- 
- Unità Operativa Distrettuale: \_\_\_\_\_
- 
- 
- Servizi Sociali/Segretariato Sociale di: \_\_\_\_\_
- 
- 
- Altro \_\_\_\_\_

Nominativo operatore: \_\_\_\_\_  
N. Prot. interno \_\_\_\_\_**SEZIONE  
DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO**

Cognome

Nome

Sesso

 M  F

Data di nascita

Comune di nascita

C.F./STP

Nazionalità: italiana  Straniero  cittadinanza: \_\_\_\_\_Straniero temporaneamente presente (STP) 

Stato Estero di residenza

Regione di residenza

AS.L. di residenza

Comune di residenza

Indirizzo

Telefono

Comune di domicilio

Indirizzo

Telefono

E-MAIL

**Stato civile**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1= celibe/nubile | <input type="checkbox"/> 4=divorziato/a |
| <input type="checkbox"/> 2=coniugato/a    | <input type="checkbox"/> 5=vedovo/a     |
| <input type="checkbox"/> 3=separato/a     | <input type="checkbox"/> 6=Convivente   |
| <input type="checkbox"/> 7=Non dichiarato |   |

**Condizione lavorativa**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensionato                                | <input type="checkbox"/> Non occupato |
| <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro                         | <input type="checkbox"/> Casalinga    |
| <input type="checkbox"/> Occupato dipendente                       | <input type="checkbox"/> Studente     |
| <input type="checkbox"/> Occupato con rapporto precario/temporaneo |                                       |
| <input type="checkbox"/> Occupato in forma autonoma                |                                       |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                               |                                       |

**Grado d'istruzione**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Nessuno            | <input type="checkbox"/> 4 Media sup.            |
| <input type="checkbox"/> 2 Licenza elementare | <input type="checkbox"/> 5 Diploma universitario |
| <input type="checkbox"/> 3 Media Inf.         | <input type="checkbox"/> 6 Laurea                |
|   | <input type="checkbox"/> 7 Non dichiarato        |

**EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

RUOLO \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

**PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

COGNOME e NOME

\_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ DISTRETTO

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ E-MAIL

**SEZIONE - RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE****RICHIESTA/SEGNALAZIONE:**

- Utente direttamente     Familiare/Parente     Tutore giuridico  
 Rete informale: \_\_\_\_\_  
 U.O. ospedaliera: \_\_\_\_\_  
 Struttura residenziale: \_\_\_\_\_  
 Altri servizi sociali dell'ambito territoriale: \_\_\_\_\_  
 Ambulatorio STP  
 Autorità giudiziaria     Privato sociale     Scuola  
 Altro: \_\_\_\_\_

**Tipo di richiesta espressa:**

- Assistenza Domiciliare     Ricovero in Strutture Residenziali  
 Ricovero in Stru. Semi Residenziali     Contributi Economici  
 Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Area prioritaria di riferimento:**

- Famiglie     Anziani     Minori     Disabili  
 Indigenti     Dipendenza     Immigrati     Disagio psichico  
 Segretariato sociale     Altro: \_\_\_\_\_

**Utente che già fruisce di servizi**

- Servizi Sociali: \_\_\_\_\_  
 Servizi Sanitari: \_\_\_\_\_  
 Altro: \_\_\_\_\_

**SEZIONE - BISOGNO RILEVATO****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
- Bisogno complesso
- Caso urgente

Sociale

Sanitario

**PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI**

- Sociale
- Sanitario
- Invio al percorso integrato/attivazione U.V.I.

**Eventuale documentazione allegata:**

---

---

---

**CONSENSO INFORMATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di (specificare) \_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n.196/03  SI  NO

Luogo e data della richiesta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_