

AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
(da compilare in ogni sua parte)

L'Istituzione Centri Soggiorno del Comune di Venezia, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 30/06/2003 n° 196 richiede, nell'esclusivo interesse degli utenti anziani (ultra sessantenni), di presentare per l'iscrizione definitiva ai soggiorni estivi, una valutazione del medico curante.

I soggiorni estivi, organizzati in centri gestiti dall'Istituzione, implicano il trascorrere di parte delle giornate in spiaggia (mare), in passeggiate nei boschi o nelle pertinenze verdi delle strutture.

Per quanto attiene l'autonomia dell'utente, si precisa che le strutture dei centri soggiorno "a bassa protezione", non sono in grado di accogliere utenti con problematiche di autosufficienza e, per tale motivo, si richiede una valutazione complessiva da parte delle SS.LL., che sarà oggetto di puntuale e attenta considerazione da parte dell'Istituzione in relazione alle risorse disponibili.

Si precisa che i contenuti della certificazione, saranno inseriti in una banca dati il tutto nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy. L'informativa derivata dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni, prevede che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei diritti dei soggetti richiedenti e della loro riservatezza con i contemperamenti previsti anche dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni.

La valutazione del medico comporterà l'esclusione o la partecipazione dell'anziano al soggiorno.

La Direzione
Istituzione Centri Soggiorno

DATI DEL PARTECIPANTE

SOGGIORNI PRENOTATI

AL MARE

IN MONTAGNA

SIG./SIG.RA (cognome e nome).....Nato/a il/...../19.....

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

- **AUTOSUFFICIENZA:**
- igiene e cura della persona (specificare eventuale incontinenza urinaria o fecale)
 -
 - cura degli effetti personali
 - orientamento della persona nel tempo e nello spazio
 - autonomia nell'assunzione dei farmaci
 - autonomia nell'assunzione dei pasti
- **DEAMBULAZIONE**
- si
 - no (specificare se con ausili o in carrozzina e/o accompagnatore.....)

➤ **CAPACITA' DI**
CONVIVENZA E DI
SOCIALIZZAZIONE

➤ **PATOLOGIE IN** • Patologie rilevanti (es. diabete, ipertensione, cardiopatie, malattie
ATTO respiratorie.....
.....
.....)

DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome e Cognome.....

Indirizzo e telefono.....

DATA/...../2022

**TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO**