

**Al PUA-UVT** del Distretto Socio Sanitario del beneficiario

[pua.oristano@asloristano.it](mailto:pua.oristano@asloristano.it)

oppure [pua.ghilarza@asloristano.it](mailto:pua.ghilarza@asloristano.it)

oppure [pua.ales@asloristano.it](mailto:pua.ales@asloristano.it)

**Oggetto: Certificazione e richiesta valutazione multidimensionale Programma “Ritornare a casa plus” – Dimissioni protette – DGR N°7/11 DEL 28.02.2023 e ss.mm.ii.**

### **CERTIFICAZIONE DI DIMISSIONE PROTETTA**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Dirigente Medico della U.O. di \_\_\_\_\_

**\*\* [ ]** Del Presidio Ospedaliero di OSco \_\_\_\_\_

\* [ ] Della RSA di \_\_\_\_\_

\* [ ] Della Riabilitazione Residenziale Territoriale \_\_\_\_\_

\* [ ] Casa di Cura convenzionata SSR \_\_\_\_\_

**\*\* Perfezionare la richiesta con compilazione scheda dimissione concordata su SISaR.**

**\* Perfezionare la richiesta allegando alla presente relazione socio sanitaria.**

Certifica che

Il/la signor/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

è in dimissione protetta dalla citata Unità Operativa di degenza e che si trova nelle condizioni di:

[ ] persona anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità

[ ] persona infraseessantacinquenne non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità

[ ] persona senza fissa dimora

non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio ovvero presso strutture di accoglienza per le persone senza dimora. L'intervento in oggetto è a integrazione delle prestazioni sociali già garantite nel PAI al momento delle dimissioni ospedaliere o da strutture ad essa assimilabili, i quale LEA sanitario DPCM 12/01/2017, prevedendo ulteriori interventi di assistenza domiciliare presso l'abitazione di residenza o presso strutture di accoglienza per le persone senza dimora.

Dichiaro che è stata fornita all'utente l'informativa trattamento dati e privacy ai sensi del regolamento UE - GDPR 679/2016

**Firma e timbro**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_