

**CERTIFICAZIONE DI DIMISSIONI PROTETTE**

**Certificazione e Richiesta valutazione multidimensionale per predisposizione Progetto Regionale "Ritornare a Casa PLUS " DIMISSIONE PROTETTA DGR 5/38 del 29.01.2025 Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime.**

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 e scheda dimissione concordata su SISaR per i presidi abilitati.

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 ai sensi del D.G.R. 5/38 del 29/01/2025, in quanto si trova nelle condizioni di:

- Persona anziana non autosufficiente e/o in condizione di fragilità

o

- Persona infrasessantacinquenne non autosufficiente e/o in condizione di fragilità non supportata da una rete formale e informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio, ovvero presso strutture di accoglienza per le persone senza fissa dimora.

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

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

FIRMA e TIMBRO

\_\_\_\_\_