


PRESA IN CARICO PRESSO L'AMBULATORIO NUTRIZIONALE SIAN

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a _____ prov. _____ il _____
 recapito telefonico indirizzo email _____

(eventuale, nel caso di minorenni, incapaci, beneficiari di amministratore di sostegno)

e il sottoscritto/a *(eventuale secondo genitore)* _____
 nato/a _____ prov. _____ il _____
 recapito telefonico _____ indirizzo email _____

DICHIARA/DICHIARANO sotto la propria responsabilità e consapevole/i delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, di essere:

genitore/i esercente/i la responsabilità genitoriale

tutore

amministratore di sostegno

di (cognome e nome) _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

e in quanto tale/i

CHIEDE/CHIEDONO un appuntamento

per se stesso

per conto di (cognome e nome) _____

per presa in carico nutrizionale presso il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

ANTROPOMETRIA E STILE DI VITA

Peso attuale _____ Altezza _____

Il suo peso è aumentato negli ultimi tre mesi? SI NO Se sì, indicare l'entità della variazione _____ kg

Il suo peso è diminuito negli ultimi tre mesi? SI NO Se sì, indicare l'entità della variazione _____ kg

In passato si è già rivolto ai Servizi dietetici-nutrizionali offerti dall'ULSS2? SI NO

Ha già seguito diete o indicazioni dietetiche in passato? SI NO

Ha effettuato esami del sangue negli ultimi 12 mesi? SI NO


FAMILIARITÀ PER (nonni, genitori, fratelli e sorelle)

- Morte improvvisa Diabete Patologie cardiache Ipertensione Ictus Diabete
 Ipercolesterolemia/dislipidemie Patologie della tiroide Sovrappeso/obesità
 Patologie psichiatriche Altro _____

CONDIZIONI NOTE DEL PAZIENTE

- Patologie respiratorie Patologie del cuore Diabete Ipercolesterolemia/dislipidemie
 Patologie endocrine Patologie del fegato Ipertensione Patologie osteoarticolari
 Patologie psichiatriche Neurodivergenze (ADHD, autismo,...)
 Disturbi dell'apprendimento Patologie neurologiche Patologie genetiche
 Altro _____

Allergie/intolleranze alimentari (certificate da un medico)

Terapia assunta

Indichi la sede dell'ULSS 2 dove vuole effettuare la visita

(i giorni e gli orari di apertura si trovano alla pagina web <https://www.aulss2.veneto.it/SIAN-Servizio-di-Igiene-degli-Alimenti-e-della-Nutrizione>)

- TREVISO
 ODERZO
 PIEVE DI SOLIGO
 MONTEBELLUNA

Dopo valutazione della sua richiesta, le verranno comunicati **telefonticamente e/o via mail** la data e l'ora dell'appuntamento. Nel caso in cui sia impossibilitato a presentarsi nell'ora e giorno indicati dovrà spostare l'appuntamento chiamando il numero 0422323758 oppure annullarlo tramite CUP **almeno 4 giorni lavorativi** prima della data prevista. Nel caso in cui non sia possibile prendere in carico la sua richiesta, ne riceverà comunicazione via mail.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Firma del richiedente (se presente) _____

I dati personali saranno archiviati e trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 e secondo quanto previsto dall'informativa disponibile al link <https://www.aulss2.veneto.it/mys/apridoc/iddoc/935>.