



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)
Tel. +39 011.9176666
Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)
Tel. +39 0125.4141
www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

rev. 2019

Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. TO4 IVREA

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di
altra persona, anche del proprio

RICHIESTA

SEGNALAZIONE

di **Valutazione Multidimensionale**

Sanitaria

di **Rivalutazione**

Sociale

Socio-sanitaria

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il Signor/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

Codice Fiscale _____

Medico Curante: _____ tel. _____

La richiesta è avanzata dal

diretto interessato

o dal tutore amministratore di sostegno

Sig/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e - mail _____

La segnalazione è avanzata dal

_____ coniuge/convivente (specificare)

_____ prossimo congiunto (specificare grado di parentela)

_____ altro (specificare)

Sig/ra _____

nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e - mail _____

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra _____

riceve o ha ricevuto (nell'ultimo anno) interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale /i
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale /i

Per la **valutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda la seguente documentazione necessaria:

- Scheda informativa sanitaria
- Attestazione di richiesta del Modello ISEE
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

L'eventuale dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU deve essere allegata alla presente richiesta di valutazione (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).

Allega, inoltre, la seguente documentazione ritenuta di utilità per la valutazione sanitaria e/o sociale:

- _____
 - _____
 - _____
 - _____
-
-

Per la **rivalutazione sanitaria** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria
 - Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
 - _____
 - _____
-
-

Per la **rivalutazione sociale**:

ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016 rappresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- _____
 - _____
 - _____
-
-

Per la **rivalutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- _____
- _____

e per quanto riguarda la rivalutazione sociale, ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016, rappresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- _____
- _____
- _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore di sostegno).

L'Espressione di consenso potrà essere acquisita anche nel primo momento di contatto tra l'UVG e la persona destinataria, qualora non sia stato possibile acquisirla contestualmente alla richiesta di valutazione/rivalutazione.

In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.

Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

N.B. È importante presentare la richiesta di valutazione - rivalutazione in **duplice copia: una sarà depositata, l'altra gli verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione da parte della Segreteria dell'UVG o dello Sportello Unico.**

AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA

Ai sensi della DGR 34-3309 del 16/05/2016, qualora, dopo la presentazione di richiesta di valutazione, la persona interessata, cambi residenza e questo comporti anche cambio di ASL di appartenenza, (analogamente, in caso di cambio di indirizzo nell'ambito del Comune di Torino, che comporti anche il cambio di ASL di residenza tra le due ASL torinesi), deve comunicare per iscritto il cambio di residenza, **entro 15 giorni** dalla data di richiesta di cambio di residenza (indirizzo per Torino), alla nuova ASL di residenza.

Sulla base della data di comunicazione del cambio di residenza rispetto all'iter di valutazione si potranno avere i seguenti casi a) e b):

a) Nel caso in cui non sia stata effettuata o completata la valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza considererà valida la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

L'UVG dell'ASL di nuova residenza procederà quindi ad effettuare la valutazione socio-sanitaria.

b) Nel caso in cui la persona interessata abbia già ricevuto l'esito della valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza deve considerare valida:

- la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);

- la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale, salvo i casi per i quali il cambio di indirizzo è avvenuto all'interno del Comune di Torino e comporta il passaggio di competenza tra l'ASL TO1 e l'ASL TO2.

A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

La persona interessata, in caso di omessa comunicazione **entro 15 giorni** dalla richiesta di cambio di residenza anagrafica, deve ripresentare alla ASL di nuova residenza una **nuova Richiesta di valutazione**, corredata da una nuova impegnativa del Medico di Medicina Generale, da una nuova Scheda Informativa Sanitaria, l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso quanto riportato nel presente paragrafo "AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA".

Luogo e data _____

_____ (firma leggibile di chi presenta l'istanza).



INFORMATIVA PRIVACY

La informiamo che l'ASL TO4 tratta i Suoi dati personali secondo quanto previsto dal "Regolamento 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito GDPR)".

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR, le forniamo, pertanto, le seguenti informazioni:

il **Titolare del trattamento dei Suoi dati personali l'Azienda Sanitaria Locale TO4** con sede in Chivasso (TO), Via Po 11, nella persona del Legale Rappresentante, il Direttore Generale. Lei può:

a) esercitare i Suoi diritti e richiedere informazioni specifiche sulla privacy scrivendo all'indirizzo: privacy@aslto4.piemonte.it

b) chiedere ulteriori informazioni sulle modalità di trattamento dei Suoi dati da parte dell'Azienda contattando il Responsabile della Protezione dei Dati (R.P.D.) aziendale:

- e-mail: rpd@aslto4.piemonte.it

- telefono: 010 65451 (Centralino di Liguria Digitale S.p.A.)

chiedendo del Responsabile Privacy dell'ASL TO4

i suoi dati personali vengono raccolti e comunque trattati, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità, minimizzazione dei dati e tutela della riservatezza, in modalità cartacea ed elettronica, per poterle erogare le prestazioni ed i servizi di cui necessita e per le quali si è rivolto a questa ASL. In considerazione della relazione esistente tra Lei e l'ASL TO4, la base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è costituita dagli articoli da 5 a 11 del capo II - "principi" del GDPR. In particolare, i dati che la riguardano sono trattati dall'ASL TO4, per l'esercizio delle seguenti attività:

- **amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale, ivi compresa l'assistenza degli stranieri in Italia e dei cittadini all'estero;**
- **di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;**
- **di vigilanza sulle sperimentazioni, farmacovigilanza, autorizzazione all'immissione in commercio all'importazione di medicinali e di altri prodotti di rilevanza sanitaria;**
- **certificatore;**
- **correlate ai trapianti d'organo e di tessuti, nonché alle trasfusioni di sangue umano, relative a:**
 - applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e di sicurezza e salute della popolazione;
 - instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti accreditati o convenzionati dal Servizio Sanitario Nazionale;
- **attività amministrative correlate all'applicazione della disciplina in materia di:**
 - tutela sociale della maternità e di interruzione volontaria della gravidanza con particolare riferimento a quelle svolte per la gestione di consultori familiari e istituzioni analoghe, per l'informazione, la cura e la degenza delle madri, nonché per gli interventi di interruzione della gravidanza;
 - stupefacenti e sostanze psicotrope, con particolare riferimento a quelle svolte al fine di assicurare, anche avvalendosi di enti ed associazioni senza fine di lucro, i servizi pubblici necessari per l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti, gli interventi anche di tipo preventivo previsti dalle leggi e l'applicazione delle misure amministrative previste;
- **assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate effettuati, in particolare, al fine di:**
 - accertare l'handicap ed assicurare la funzionalità dei servizi terapeutici e riabilitativi, di aiuto personale e familiare, nonché interventi economici integrativi ed altre agevolazioni;
 - curare l'integrazione sociale, l'educazione, l'istruzione e l'informazione alla famiglia del portatore di handicap, nonché il collocamento obbligatorio nei casi previsti dalla legge;
 - realizzare comunità-alloggio e centri socio riabilitativi;
 - curare la tenuta degli albi degli enti e delle associazioni ed organizzazioni di volontariato impegnati nel settore.

- **prevenzione, diagnosi, cura, terapia, riabilitazione a tutela della salute e/o dell'incolumità fisica dell'interessato, su richiesta dello stesso o nei casi in cui questi ne è informato in quanto le prestazioni vengono effettuate nel suo interesse.**

- il trattamento dei suoi dati a necessario alla realizzazione delle finalità sopradescritte; ne consegue che l'eventuale richiesta di esercitare i suoi diritti come elencati ai punti da 3 a 8 di questa informativa potrebbero determinare l'impossibilità da parte nostra di erogarle correttamente le prestazioni di cui dovesse necessitare da quel momento.
- i suoi dati sono trattati esclusivamente da persone autorizzate e istruite in tal senso o da soggetti esterni nominati Responsabili del trattamento, adottando tutte quelle misure tecniche e organizzative adeguate per tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato;
- i suoi dati personali sono trattati fino all'eventuale sua richiesta di cancellazione e sono conservati per il periodo di legge e/o secondo il massimario di conservazione e scarto aziendale e gestiti su server ubicati nelle sedi aziendali o presso i Responsabili esterni all'Azienda amministratori di sistema;
- i suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extra europeo, salvo sua richiesta esplicita, né di comunicazione a terzi *fuori dai casi previsti della normative in vigore*, né di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione.

Secondo il capo III del GDPR "diritti dell'interessato", Lei per motivi legittimi può ottenere, rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della Protezione dei dati:

- 1) informazioni, comunicazioni e modalità trasparenti per l'esercizio dei suoi diritti, sia che i suoi dati siano stati direttamente ottenuti da lei sia qualora i suoi dati personali non siano raccolti presso di lei;
- 2) l'accesso ai suoi dati;
- 3) la loro rettifica e, nei limiti stabiliti dall'art. 17, la cancellazione (diritto "all'oblio");
- 4) la limitazione del loro trattamento;
- 5) l'obbligo di notifica da parte nostra in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento;
- 6) la portabilità dei suoi dati presso altro Titolare;
- 7) il diritto di opposizione contro ogni processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione;
- 8) la limitazione al trattamento dei suoi dati.

Potrà anche esercitare il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo o di ricorrere alle autorità giurisdizionali competenti qualora il trattamento dei suoi dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, in conformità agli artt. 77 e 79 del GDPR.

Ogni altra informazione ed ogni modulo necessario sono a sua disposizione alla voce "privacy" nel sito istituzionale di questa Azienda, alla voce "Utile conoscere" ed al seguente link: <http://www.aslto4.piemonte.it/trasparenza/privacy.asp>

Il nostro personale è inoltre a disposizione per fornire tutti i chiarimenti ed approfondimenti ritenuti necessari.

La normativa ed i provvedimenti integrali sono pubblicati nel sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali: www.garanteprivacy.it

per ASL TO4
Il Direttore Generale



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)
Tel. +39 011.9176666
Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)
Tel. +39 0125.4141
www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita
<p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE É A DOMICILIO</p> <p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE É PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA</p> <p style="padding-left: 40px;">SPECIFICARE _____ DAL ___ / ___ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> IL/LA PAZIENTE E PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA (OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)</p> <p style="padding-left: 40px;">SPECIFICARE _____ DAL ___ / ___ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> la scheda informativa e stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria.</p> <p><input type="checkbox"/> la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria</p> <p>Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Terapia in atto:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Note _____

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Note _____

INCONTINENZA si no

- | | | |
|----------|---|-------------------------------------|
| Urinaria | <input type="checkbox"/> saltuaria | <input type="checkbox"/> permanente |
| Fecale | <input type="checkbox"/> saltuaria | <input type="checkbox"/> permanente |
| | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> colostomia |

Note _____

ALIMENTAZIONE

- autonoma
- deve essere imboccato
- presenta disfagia
- presenza di PEG

Presenza di magrezza patologica si no

Note _____

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di _____

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Instabilità motoria | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Deficit equilibrio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Tendenza alle cadute | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Note _____

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Disturbi importanti della memoria | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Orientamento tempo/spaziale | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> patologico |
| Episodi di disorientamento t/s | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Disorientamento costante | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della parola | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della comunicazione | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Note _____

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Aggressività verbale | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Pone domande ripetitivamente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Allucinazioni/deliri | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Attività motoria afinalistica (wondering, fughe) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Rifiuto dell'assistenza | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento alimentare gravemente alterato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Note _____

TONO DELL'UMORE normale depresso euforico

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| sta assumendo terapie antidepressive | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Note

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/ventilazione assistita	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori/elastomeri	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare): _____

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

___ / ___ / _____

Timbro e firma leggibile
MMG/ Medico Curante

Sulla base della conoscenza del quadro clinico-assistenziale e socio-familiare, richiedo la valutazione socio-sanitaria di non autosufficienza da parte dell'Unita Valutativa Geriatrica (D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016)

Data

___ / ___ / _____

Timbro e firma leggibile MMG



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012



Insieme alla presente domanda e' necessario consegnare:

- copia carta identità della persona anziana
- copia carta identità del parente che consegna la richiesta
- 1 fotocopia di tutta la domanda compilata e firmata in tutte le sue parti
- portare sia originale che fotocopia
- ricevuta di richiesta del modello ISEE e copia della DSU (*dichiarazione sostitutiva unica*)

La domanda UVG deve essere consegnata presso lo sportello Unico Socio Sanitario ("SUSS") presso :

Poliambulatorio "Comunità"- ASL TO4
Via Ginzburg 7 Ivrea – piano terra.

Gli orari di accesso sono allegati alla domanda stessa

Alla domanda UVG devono essere allegati:

- ✓ ricevuta richiesta del modello ISEE;
- ✓ copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

IL MODELLO ISEE è da richiedere presso i C.A.F
(centri assistenza fiscale).

Oppure online sul sito INPS

ISEE SOCIO-SANITARIO (NON RESIDENZIALE)
in caso di invalidità accertata.

Altrimenti

ISEE ORDINARIO

(anche se la domanda è presentata per richiedere un inserimento in struttura).

SPORTELLO S.U.S.S.

per:

- colloqui /informazioni**
- presentazione domande UVG**
(Unità valutazione geriatrica)



SPORTELLO SUSS – Ivrea

c/o Poliambulatorio “Comunità” - Via Ginzburg 7- Ivrea

SEGRETERIA CON ACCESSO LIBERO TUTTI I GIORNI
dalle 9.00 alle 12.00

PER INFORMAZIONI telefonare al n. 0125/414.705
nei seguenti orari:

Martedì e Giovedì dalle 13.00 alle 15.00

e-mail suss.ivrea@aslto4.piemonte.it

SPORTELLO S.U.S.S. - CALUSO

c/o Consorzio Servizi Sociali C.I.S.S.-A.C.
Via San Francesco 2 – Caluso

MERCOLEDÌ' dalle 9.00 alle 12.00 con ACCESSO LIBERO

OPPURE SU APPUNTAMENTO

PER INFORMAZIONI E APPUNTAMENTI telefonare al n.
011/98.93.511

nei seguenti orari:

dal lunedì al venerdì - dalle ore 10.00 alle ore 12.00
e dalle 14.30 alle 16.00

e-mail sportellosociale@cissac.it