


INFORMATIVE e OBBLIGAZIONI

Cognome dell'Utente	Nome dell'Utente	Data di Nascita

 Allegare fotocopia carta di identità, tessera sanitaria ed eventuali tessere esenzioni

Motivi della domanda di ricovero:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stato di salute | <input type="checkbox"/> Solitudine |
| <input type="checkbox"/> Problemi familiari | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Condizioni abitative: | <input type="checkbox"/> Alloggio non adeguato |
| | <input type="checkbox"/> Eventuale sfratto |
| <input type="checkbox"/> Trasferito da: <input type="checkbox"/> Centro diurno | <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica |
| | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

La richiesta viene inoltrata:

- Direttamente dall'interessato Da un parente Altro _____

In merito alla decisione del futuro ricovero, l'anziano è:

- Consenziente Indifferente Non in grado di decidere
 Contrario Non informato

Servizi territoriali di cui usufruisce:

- | | |
|---|--|
| Servizio assistenza domiciliare comunale: | Assistenza domiciliare integrata: |
| <input type="checkbox"/> igiene personale | <input type="checkbox"/> medico di base con frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> pulizia casa | <input type="checkbox"/> geriatra _____ |
| <input type="checkbox"/> assistenza socio-economica | <input type="checkbox"/> medico specialista: _____ |
| <input type="checkbox"/> aiuto per la spesa | <input type="checkbox"/> infermiere professionale |
| <input type="checkbox"/> pasto caldo | <input type="checkbox"/> terapeuta della riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> telesoccorso | <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare): | |

Altri servizi di cui usufruisce:

- Centro psicosociale Centro Diurno Integrato Unità di valutazione Alzheimer

OBBLIGAZIONE DI PAGAMENTO

Il sottoscritto/i:

1) Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ grado di parentela _____
oppure titolo di rappresentanza legale (*specificare se tutore, amministratore di sostegno, altro*) _____

2) Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ grado di parentela _____

3) Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ grado di parentela _____

DICHIARA/DICHIARANO


di assumere, in via solidale, l'impegno di provvedere al pagamento delle rette, a decorrere dalla data di ammissione dell'Ospite presso Cà Prina, e di provvedere all'immediato rientro in famiglia dell'Ospite o Suo trasferimento presso altra Residenza qualora, per motivi concernenti l'inosservanza delle condizioni di ospitalità in vigore presso la Fondazione, questa Amministrazione ne ritenesse opportuno la dimissione.

Si impegnano a comunicare per iscritto ogni variazione relativa alla propria residenza.

INDICANO

quale persona unica referente, che Cà Prina sarà autorizzata a contattare in via esclusiva per ottenere eventuali autorizzazioni, per ogni eventuale necessità o per l'invio di comunicazioni, il signor _____ che sottoscrive per accettazione.

Autorizzano il trattamento dei dati personali contenuti nell'obbligazione di pagamento in base all'art. 13 del D.lgs. 196/2003.

 Allegano copia fotostatica del loro documento di identità.

_____, li _____
(luogo) (data)

(1) _____
(firma per esteso)

(2) _____
(firma per esteso)

(3) _____
(firma per esteso)

Gentile Signore/a,

Il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Desideriamo quindi informarLa che ai sensi dell’art. 13 D.lgs. 196/03 per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all’ammissione presso la R.S.A. è necessario che il soggetto gestore conosca i dati personali del richiedente l’ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, compresa la creazione di un dossier sanitario informatizzato (provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 331/2015) contenente l’insieme delle informazioni personali e la storia sanitaria dell’Utente, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l’ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d’ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall’acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l’ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.

I dati acquisiti saranno comunicati all’A.S.L. della provincia di Como e alla Regione Lombardia per l’assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è il Direttore Generale della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere i diritti previsti dall’art. 7 D.lgs.196/2003.

D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali

1. L’interessato ha diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L’interessato ha diritto di ottenere l’indicazione:

- a) dell’origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell’articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L’interessato ha diritto di ottenere:

- a) l’aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l’integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l’attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L’interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Consenso informato relativo al passaggio al Medico della Struttura e alle Cure Sanitarie

Le disposizioni regionali vincolano l’erogazione delle tariffe sanitarie alle Strutture, all’assunzione del Medico della Struttura da parte dell’Ospite, al momento dell’entrata in Casa di Riposo (R.S.A.).

Le R.S.A. ricevono la tariffa sanitaria per gli Ospiti non autosufficienti e si impegnano a fornire adeguata assistenza infermieristica e riabilitativa, a seconda delle necessità; inoltre le Strutture erogano direttamente l’assistenza medica e farmaceutica, gli ausili per incontinenti e altri presidi.

Quanto sopra comporta la cancellazione dagli elenchi del proprio Medico di Medicina Generale.

Consapevole di queste esigenze, **esprimo il mio consenso per il passaggio ai Medici della Struttura ed esprimo il mio consenso alla cura da parte degli stessi.**

Il sottoscritto consente inoltre che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle persone sotto indicate:

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A. e presa visione delle informative all'utenza sopra esposte (consenso informato: al trattamento dei dati personali e sensibili, alla creazione del dossier sanitario, al passaggio al Medico della Struttura e alle cure sanitarie, comunicazioni a persone in ordine al proprio stato di salute), esprime il consenso relativamente al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data ___/___/___

Il Richiedente _____

Per il Richiedente (*firma*) _____

(*indicare nome, cognome, grado di parentela, ragione sociale o titolo del soggetto che rilascia i consensi e assume le obbligazioni*)

Parte riservata alla Direzione Sanitaria

LISTA D'ATTESA:

Il Direttore Sanitario _____

DETERMINA

l'inserimento del/la Sig./Sig.ra _____

nei **NUCLEI PROTETTI**

nei **NUCLEI ALZHEIMER e DEMENZA SENILE**

(*data*)

(*firma per esteso*)

EVENTUALE RIVALUTAZIONE:

Il Direttore Sanitario _____

DETERMINA

l'inserimento del/la Sig./Sig.ra _____

nei **NUCLEI PROTETTI**

nei **NUCLEI ALZHEIMER e DEMENZA SENILE**

(*data*)

(*firma per esteso*)