

# FONDAZIONE CUSANI VISCONTI - ONLUS

Partita I.V.A. 00517440186

(Tel 0382 766235 – fax 0382 76027)  
e-mail: info@fondazionecusanivisconti.it

## MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA

Il/La sottoscritto/a

residente a

Via/Piazza

n.

recapiti telefonici

nella qualità di

CF

e-mail.....

**PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA**

---

***Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'Ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo***

### **Dati anagrafici dell'ospite**

Nome

Cognome

Data di nascita

Luogo di nascita\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_

Via/Piazza\_\_\_\_\_n.

recapiti telefonici\_\_\_\_\_

Stato civile\_\_\_\_\_ N. figli\_\_\_\_\_

Documento di identità\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_

### **Dati relativi alla richiesta di ammissione dell'ospite**

- Provenienza dell'ospite:
  - casa
  - istituto di ricovero per acuti (ospedale)
  - struttura psichiatrica
  - istituto di riabilitazione
  - altra RSA

- Motivo dell'ingresso in RSA:

---

---

---

### **Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici:

---

---

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

### **Altri referenti dell'ospite da contattare**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

### **Dati relativi alle risorse economiche dell'ospite**

Intestatario di indennità di accompagnamento:                      SI                      NO

Tipo di pensione: 1 Anzianità/Vecchiaia 2 Sociale 3 Guerra, infortuni ecc 4 Reversibilità 5 Invalidità

In attesa di invalidità civile

Invalidità

- Codice \_\_\_\_\_

- Percentuale: \_\_\_\_\_%

• Convenzione: NO    SI, con il seguente ente.....

### **Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:**

- Tipologia:
  - sollievo
  - ordinario:
    - a tempo determinato per \_\_\_\_\_
    - a tempo indeterminato (lungodegenza)
- Necessità di ingresso
  - urgente
  - breve termine
  - lungo termine

### **Situazione abitativa**

- Con chi vive:
  - Solo
  - Coniuge
  - Figli
  - Altri parenti
  - Assistente familiare (ore/giorno)
  - Altro: \_\_\_\_\_

• Dove vive:

- Abitazione adeguata
- Abitazione parzialmente adeguata
- Abitazione totalmente inadeguata perché\_\_\_\_\_
  
- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro:\_\_\_\_\_

**Tutela:**                      SI                      NO

- Amministratore di sostegno
  - in corso
  - Numero decreto:\_\_\_\_\_
- Altro:\_\_\_\_\_

Nome e cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore)\_\_\_\_\_

Qualifica:

- Familiare:
- Altro (specificare qualifica; ad es.: funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, ecc.)\_\_\_\_\_

Recapiti:

---

**Livello di istruzione / / interessi**

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in .....
- Laurea in .....
- Altro: .....

**Professione prepensionamento** .....

**Interessi/hobby**.....

**Rete socio-sanitaria e sociale**

Servizi/interventi socio-sanitari attivi:  NO     SI (specificare)

- ADI (assistenza domiciliare integrata).....
- CDI (centro diurno integrato).....
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, R.S.A. Aperta, Voucher...).....

Servizi/interventi sociali attivi:  NO     SI (specificare)

- SAD comunale;
- Custode sociale – portierato sociale – alloggio protetto.....
- Associazioni di volontariato.....
- Altro (es. telesoccorso, supporto vicinato, ecc.).....

**Come è venuto a conoscenza della R.S.A.**

- Direttamente
- Servizio sociale di:  Centri Sociali territoriali  Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista.....
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni.....

**Elenco dei documenti da produrre al momento dell'ingresso nella RSA:**

1. fotocopia della Carta di identità (o del permesso di soggiorno se extracomuniario)
2. fotocopia del Codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata
7. accertamenti clinico-diagnostici recenti (solo ultimi 6 mesi)

Eventuali note/osservazioni

.....  
.....  
.....

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamento nella relativa informativa allegata.

Data

Firma del sottoscrittore

**ACCETTA CHE**

- in caso di dimissioni sia da parte dell'ospite che della RSA il preavviso deve essere dato per iscritto **15 giorni** prima.

Firma leggibile

Data

# **DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA MODELLO DI SCHEDA SANITARIA**

**NB:** i dati sanitari avranno una validità di **massimo 365 giorni**.

In caso di variazioni significative dello stato di salute del richiedente è sempre consigliabile aggiornare interamente i dati sanitari.

## **RELAZIONE ASSISTENZIALE**

**(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)**

Nome dell'assistito \_\_\_\_\_

### **TRASFERIMENTO LETTO –SEDIA E VICEVERSA**

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico.
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona.
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
- E' indipendente.

### **DEAMBULAZIONE**

- Dipendenza rispetto alla locomozione.
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
- Cammina senza aiuto.

### **LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE**

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi.
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

### **IGIENE PERSONALE**

- Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti.
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale.
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale.

- È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire.
- È capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.

### **ALIMENTAZIONE**

- Deve essere imboccato.
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile.
- Totale indipendenza nel mangiare.

### **CONFUSIONE**

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive.
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe.
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
- È perfettamente lucido.

### **IRRITABILITA'**

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità.
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo.

### **IRREQUIETEZZA**

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi.
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione.
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza.
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

***Il compilatore:***

**COGNOME.....NOME.....**

**IN QUALITA' DI .....**

**DATA**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome Nome assistito \_\_\_\_\_

- M - F

Data di nascita \_\_\_\_\_ data di compilazione \_\_\_\_\_

### LEGENDA:

**A**: assente; **L**: lieve – trattamento facoltativo; prognosi eccellente

**M**: moderata – trattamento necessario; prognosi buona

**G**: grave; è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata

**MG**: molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

<b>AREA</b>	<b>GRAVITA'</b>
-------------	-----------------

(*barrare la casella che interessa*)

solo per la patologia più grave

<b>PATOLOGIE CARDIACHE:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
-----------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Portatore di PM:  NO  SI

Diagnosi:

<b>IPERTENSIONE (si valuta la severità):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO VASCOLARE: (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO RESPIRATORIO:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:



<b>APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>FEGATO:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>RENE:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

## ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
Lesioni da decubito			Sede: Stadio:
Dialisi			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria			O <sub>2</sub> terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
Alimentazione artificiale			SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza			Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento			Bastone e/o deambulatore Carrozzina
Protesi			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio			Note:
Vagabondaggio			Note:
Agitazione psico-motoria			Note:
Inversione ritmo sonno-veglia			Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente			Obesità: Sottopeso:

<b>Allergie a farmaci</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Specifica:
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------

<b>Allergie ad alimenti</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Specifica:
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE**

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore	
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Addensanti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:.....		
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione e parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale	
Peso corporeo ... kg	Altezza .....cm		

Intolleranze	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
--------------	--

## TERAPIA IN ATTO

Non assume terapia farmacologica

### Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/principio attivo	Posologia

### ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....		

### EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....  
...  
.....

**Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o  
socio-sanitaria): ..... / ..... / 20....**

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE**

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,.....). Elencare documentazione prodotta:

---

---

---

---

---

---

**Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ...../ ..... / 20....**

Nome e Cognome medico curante: ..... Recapito ..... ..... tel.diretto..... fax ..... e-mail diretta: .....	Timbro e firma del medico curante
--	-----------------------------------

**Data di compilazione: ...../ ..... / 20.....**

## **INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Egr. Sig.re / Gent.le Sig.ra,

ai sensi della normativa indicata, il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni.

### **Titolare del Trattamento**

Fondazione Cusani Visconti ONLUS con sede in Via Umberto I, 119 – Chignolo Po (PV) tel. 0382/766235, e-mail [info@fondazionecusanivisconti.it](mailto:info@fondazionecusanivisconti.it), PEC [amministrazione@pec.fondazionecusanivisconti.it](mailto:amministrazione@pec.fondazionecusanivisconti.it) nella persona del Suo Legale Rappresentante *pro tempore*

### **Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)**

Tel. 0490998416, e-mail [dpo@robbyone.net](mailto:dpo@robbyone.net), PEC [dpo.robbyone@ronepec.it](mailto:dpo.robbyone@ronepec.it)

### **Informazioni sui dati raccolti**

#### **TRATTAMENTO DATI PERSONALI ANAGRAFICI, IDENTIFICATIVI, DI CONTATTO, FISCALI, BANCARI NONCHE' PARTICOLARI (ART. 9 GDPR) E GIUDIZIARI (ART. 10 GDPR)**

##### **FINALITÀ TRATTAMENTO**

I Dati forniti dall'interessato e/o dal familiare di riferimento, del Tutore, dell'Amministratore di sostegno, verranno utilizzati avendo come fine istituzionale l'erogazione dei servizi di assistenza, cura e riabilitazione per gli ospiti del centro diurno della Struttura

In particolare i dati conferiti verranno trattati per:

- A) la presa in carico della richiesta di accoglimento presentata ed altresì per l'eventuale successivo rapporto contrattuale stipulato;
- B) Finalità amministrativo- contabili legate alla gestione della richiesta presentata;
- C) Adempimento degli obblighi di legge connessi al rapporto precontrattuale e contrattuale;
- D) Collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di legge;
- E) Analisi statistiche anonime.

##### **LICEITÀ TRATTAMENTO**

Finalità A, B ed E:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6 lett. b del GDPR).

Finalità C e D:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6 lett. c del GDPR).

Il trattamento dei Suoi dati particolari di cui all'art. 9 del GDPR che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all'orientamento sessuale, sarà effettuato per la corretta gestione della domanda di accoglimento presso il centro diurno, previo rilascio del suo consenso espresso (art. 9, par. 2 lett. a del Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

##### **BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

Finalità C e D:

Codice Civile Libro IV, Titolo I, II, III capo V, D.Lgs 118/2011 e s.m.i. "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42"; Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; D. lgs n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, art. 8"; DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 Legge

241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"; D. Lgs 14 marzo 2013, n. 33 ss.mm. "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"; Legge 104/1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"; Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D. Lgs 196/2003 e s.m.i.; D. Lgs. 101/2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, 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".

#### CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI

Personale dell'Ente espressamente autorizzato al trattamento dei dati; Assistenti sociali; Enti previdenziali ed assistenziali; Società che gestiscono reti informatiche e telematiche e elaboratori di dati; Società di servizi postali; Comune per esigenze di assistenza sociale ed integrazione rispetto alle prestazioni socio-sanitarie; Regione per finalità di controllo della spesa sanitaria e dell'attività di erogazione delle prestazioni; Enti pubblici collegati all'Ente e/o al servizio cui la domanda di inserimento inerisce.

#### TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO: NO

#### PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati conferiti in sede di "domanda di accoglimento", saranno conservati fino al perfezionamento della stessa e successivamente inseriti all'interno della cartella dell'ospite. Nel caso di mancato inserimento, i dati verranno conservati per un tempo non superiore ad anni cinque dal loro conferimento.

#### OBBLIGATORietà FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE

Finalità A, B, C, D, E:

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'adempimento delle misure precontrattuali richieste. In mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio.

#### FONTE DI ORIGINE DEI DATI

Raccolti presso l'interessato, il familiare di riferimento, il Tutore, l'Amministratore di Sostegno; forniti da Enti connessi alla gestione del servizio del Centro Diurno.

#### ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI

Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente.

#### **Modalità del trattamento**

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

#### **Diritti degli Interessati**

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:

- revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);  
ed altresì
- accesso ai dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679 – GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano (art. 16, 17 e 18 Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (persona interessata all'ammissione), codice fiscale \_\_\_\_\_ dichiaro di aver **ricevuto, letto e compreso l'informativa** sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_

*OPPURE*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) della persona interessata all'ammissione, dichiaro di aver **ricevuto, letto e compreso l'informativa** sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI DI CUI ALL'ART. 9 DEL GDPR**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_), presa visione dell'informativa allegata al presente documento, esprime la propria volontà in merito al **trattamento dei propri dati particolari**, così come esplicitato in informativa, per la corretta gestione della domanda di accoglimento presso la RSA.

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

### **Diritti degli Interessati**

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:

- revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);  
ed altresì
- accesso ai dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679 – GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano (art. 16, 17 e 18 Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

L'esercizio dei Suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta a mezzo e-mail al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_

*OPPURE*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) della persona interessata all'ammissione, dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016, ed esprimo il consenso per conto della persona interessata all'ammissione, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e quindi una consapevole espressione di valido consenso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_