FONDAZIONE CUSANI VISCONTI - ONLUS

Partita I.V.A. 00517440186

Tel 0382 766235
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 FONDAZIONE CUSANI VISCONTI DI CHIGNOLO PO

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_____

ATS 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:

- *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

- ❑ 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. certificato di residenza[1]
4. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
5. tesserino esenzione ticket
6. tessera sanitaria
7. scheda sanitaria allegata
8. accertamenti clinico-diagnostici recenti (solo ultimi 6 mesi)

9. 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

[1] SOLO se residenti nei Comuni di Chignolo Po, Badia Pavese, Borghetto Lodigiano, Brembio, Corteolona e Genzone, Costa de' Nobili, Graffignana, Inverno e Monteleone, Livraga, Miradolo Terme, Monticelli Pavese, Orio Litta, Ospedaletto Lodigiano, Pieve Porto Morone, San Colombano al Lambro, Santa Cristina e Bissone, Senna Lodigiana, Villanova del Sillaro, Zerbo. Lo Statuto prevede priorità di ingresso per i nati e residenti da almeno un anno a Chignolo Po e, in second'ordine, ai residenti nei Comuni limitrofi qui elencati; il certificato di residenza è richiesto per verificare tali condizioni

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 diassistenza 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.

AREA	**GRAVITA'**

(***barrare la casella che interessa***)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE:	**A**	**L**	**M**	**G**	**MG**

Portatore di PM: ☐ NO ☐ SI
Diagnosi:

IPERTENSIONE (si valuta la severità):	**A**	**L**	**M**	**G**	**MG**

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE: **(sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)**	**A**	**L**	**M**	**G**	**MG**

Diagnosi:

APPARATO RESPIRATORIO:	**A**	**L**	**M**	**G**	**MG**

Diagnosi:

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe):	**A**	**L**	**M**	**G**	**MG**

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG

Diagnosi:

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

Diagnosi:

FEGATO:	A	L	M	G	MG

Diagnosi:

RENE:	A	L	M	G	MG

Diagnosi:

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

Diagnosi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):	A	L	M	G	MG

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):	A	L	M	G	MG

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :	A	L	M	G	MG

Diagnosi:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
Lesioni da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	02 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
Vagabondaggio	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-veglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:

Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:

Allergie ad alimenti	NO	SI	Specifica:

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

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

Dieta specifica	❑NO ❑SI, di che tipo:.....		
Alimentazione enterale	❑NO ❑SI: ❑PEG ❑SNG	Alimentazione parenterale	❑NO ❑SI: ❑periferica ❑centrale
Peso corporeo ... kg		Altezza .....cm	

Intolleranze	☐non note ☐NO ☐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	❑NO ❑SI Tipo
Dialisi	❑NO ❑SI: ❑emodialisi ❑dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) ……	

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

……

……

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, PEC amministrazione@pec.fondazionecusanivisconti.it nella persona del Suo Legale Rappresentante *pro tempore*

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)
Galli Data Service s.r.l. – Piacenza; e-mail: dpo@gallidataservice.com; tel. 0523/497066

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) (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), 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_____ 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 _____, 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***

<u>Diritti degli Interessati</u>

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) (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_____ 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_____