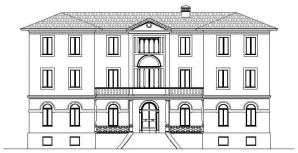

Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO INTEGRATO "Ruggero Dell'Oca"

Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente nel Comune di _____ Provincia _____

via _____ n. _____

telefono _____ Codice Fiscale _____

Specificare eventuale domicilio se diverso dalla residenza:

_____

_____

Familiare di riferimento Sig._____Grado Parentela_____

via _____ n. _____

città _____ cap _____

telefono _____

CHIEDE

1. di essere ammesso presso il Centro Diurno Integrato "Ruggero Dell'Oca" di Morbegno
2. di frequentare il centro per un minimo 5 ore al giorno, preferibilmente nelle giornate(*) di:

   · lunedì · martedì · mercoledì · giovedì · venerdì · sabato

   · settimana dal lunedì al venerdì · per l'intera settimana (dal lunedì alla sabato)

   (*) Le giornate di frequenza verranno stabilite dalla Fondazione in base alla disponibilità dei posti. Massima capacità ricettiva consentita di 30 utenti al giorno

Eventuali altre modalità di fruizione del servizio (specificare):

Per accedere al Centro diurno verrà utilizzato:

· mezzo proprio accompagnato dai familiari:
entrata alle ore …… uscita alle ore ……

· servizio di trasporto a cura della Fondazione **(a pagamento)**

· altra modalità

Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. relazione del medico curante (modulo allegato)
2. fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale
3. fotocopia tessera sanitaria ed esenzione ticket
4. autocertificazione di residenza (modulo allegato)

In caso di ingresso SI IMPEGNA:

- a presentare la prescrizione delle terapie.
- ad effettuare il versamento della retta, entro dieci giorni del mese successivo, sul c/c di tesoreria della Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini Onlus presso la Banca Credito Valtellinese (Codice IBAN IT70 L 05516 52230 000000009071) a seguito del ricevimento della nota mensile.

Data _____

IL RICHIEDENTE

_____

PER IL RICHIEDENTE
(il famigliare)

_____

LA FONDAZIONE REDIGERÀ LA GRADUATORIA DELLE AMMISSIONI IN BASE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA ED ALLA RESIDENZA

L'AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO E' SUBORDINATA ALLA VALUTAZIONE DELL'EQUIPE SOCIO SANITARIA DELLA FONDAZIONE

L'AMMINISTRAZIONE SI RISERVA INOLTRE L'ACCOGLIMENTO URGENTE DI PERSONE CON PARTICOLARI NECESSITÀ.

Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

INFORMATIVA ALL'UTENZA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si informa che, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del **Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679,** per poter accettare la domanda di ricovero e dar corso all'assistenza la Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini – Onlus, con sede in via Paravicini n.16, Morbegno (So) nella persona del Presidente e Legale Rappresentante "pro tempore", necessita di conoscere i dati personali e sulla salute del ricoverato e i dati personali riguardante i familiari o persone cui fare riferimento per la tutela del ricoverato stesso.
La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria, ma ricordiamo che l'ente non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria e nell'esecuzione delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente da Lei o tramite altra documentazione medica in Suo possesso o tramite accertamenti o visite sanitarie, tutti i dati relativi alla persona del ricoverato, ritenuti utili ai fini clinici. **Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, l'Ente non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi**.
I dati necessari e sufficienti all'assistenza dell'Ospite saranno comunicati all'interno dell'Ente a tutto il personale incaricato.

SCOPI DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI

a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsiasi altro servizio socio sanitario erogato;
b) attività amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati;
c) attività di certificazione, denuncia, referto, prescrizione, compilazione della documentazione clinica e dei registri;
d) attività di recupero crediti, di verifica della esenzione dal pagamento della retta e di controllo della congruità delle prestazioni erogate;
e) attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti;
f) attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente attraverso una rete di comunicazione elettronica, per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili, protesi e gestione della cronicità), anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina a carico del Servizio Sanitario Regionale;
g) attività finalizzate a promuovere e pubblicizzare l'attività dell'ente quali, a titolo esemplificativo, la pubblicazione di immagini di vita quotidiana all'interno della struttura sul sito internet dell'ente, profili di social network o sul giornalino interno.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il responsabile della protezione dei dati è il Direttore della Fondazione i cui recapiti sono:
Mail: info@casadiriposomorbegno.it; Tel: 0342/604011.

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.
La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati al fine di garantire l'assistenza sociosanitaria tipica del CDI ovvero per svolgere le attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore. Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.
Il trattamento dei dati può avvenire anche mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE), per il cui utilizzo sarà eventualmente richiesta una manifestazione espressa e specifica di consenso da parte dell'interessato.

DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI

I suoi dati personali possono essere comunicati all'interno dell'Ente, mentre all'esterno dell'Ente potranno essere comunicati al gestore del servizio di cassa per provvedere alla riscossione delle rette di ricovero, Assicurazioni ed Enti previdenziali per ragioni amministrative, servizio anagrafe dei comuni di residenza e del Comune di Morbegno, organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti, altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi, agli organi di controllo (ATS e Regione Lombardia, Agenzia delle Entrate per il 730 precompilato, ISTAT ed Enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico, clinico in modo aggregato e anonimo).

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI O CRITERI UTILIZZATI PER DETERMINARE TALE PERIODO

La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata.

I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.

ESISTENZA DEI DIRITTI DI ACCESSO, RETTIFICA, CANCELLAZIONE, LIMITAZIONE, OPPOSIZIONE E PORTABILITÀ

L'interessato può accedere in qualsiasi momento ai suoi dati, chiederne la rettifica qualora non corretti, richiedere la cancellazione di dati sovrabbondanti ma non di quelli richiesti per Legge alla Fondazione, può limitare l'accesso dei dati ad alcune figure se questo non ha ricadute sulle sue cure, non può opporsi al trattamento perché i dati sanitari acquisiti hanno conservazione illimitata. La portabilità dei dati non è possibile per lo stesso motivo. L'interessato può invece richiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

ESISTENZA DEL DIRITTO DI REVOCARE IL CONSENSO IN QUALSIASI MOMENTO

L'interessato può revocare il consenso in qualsiasi momento, assumendosene le ricadute (dimissione), fermo restando l'obbligo per la Fondazione di continuare a detenere illimitatamente i dati sanitari a norma di Legge, anche per futuri controlli degli organi preposti. A tal fine i documenti informatizzati originali e firmati digitalmente sono archiviati a norma di legge.

DIRITTO DI POTER PROPORRE RECLAMO A UN'AUTORITÀ DI CONTROLLO PRIVACY
NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento dei dati si rende necessario e obbligatorio data la natura del rapporto di cura che si instaura fra interessato e la Fondazione.

CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO A RISPONDERE

Se l'interessato si rifiuta di fornire i dati richiesti prima del ricovero, questo non potrà avvenire, mentre se il rifiuto viene manifestato a ricovero effettuato, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

ESISTENZA DI ATTIVITÀ DI PROFILAZIONE O DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI, LOGICA UTILIZZATA E CONSEGUENZE PER L'INTERESSATO

Le attività di profilazione sull'utente sono disposte dalla Regione Lombardia per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere alla Fondazione.

Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS

via Paravicini n. 16 • 23017 Morbegno (So) • C.F. e P.IVA 00539680140
www.ambrosettiparavicini.it • email: info@ambrosettiparavicini.it
pec: ambrosettiparavicini@pec.it • telefono: 0342 604011 • fax: 0342 604030

Ai sensi del **Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679**, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere di seguito la sua volontà.

Il/La sottoscritto/a _____

oppure

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di:

☐ Figlio/a ☐ Coniuge ☐ Altro parente: _____

☐ Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno ☐ Altro _____

del/la Sig./ra _____

riconosce che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta;

- **dichiara di** aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona ricoverata e dei suoi familiari e/o tutore o curatore;
- **acconsente** che possa essere data informazione della presenza dell'interessato presso questa struttura a:
  - ☐ solo a organismi pubblici relativamente all'espletamento di pratiche istituzionali;
  - ☐ a tutti coloro che lo richiedano.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

In fede.

Data _____ _____

(firma)

Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del **nome e del cognome** per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per finalità ricreative all'interno della struttura;
- utilizzo di immagini fotografiche che potranno essere utilizzate per la redazione di **pubblicazioni diffuse** su carta stampata e sul sito internet dell'ente;
- utilizzo di sistema di videosorveglianza diurna e notturna degli Ospiti con la finalità di semplice controllo degli eventi. Tali registrazioni vengono conservate per un periodo limitato e poi eliminate.

Il sottoscritto, in qualità di persona responsabile del soggetto interessato e sopra identificato, esprime quindi esplicito consenso per il trattamento dei dati suddetti.

Data _____

_____

(firma)