



Riservato alla struttura _____

ID utente _____

Data accettazione: _____

Domanda unica di inserimento in RSA*(La dichiarazione di residenza ha valore di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 443 del 28.12. 2000)***Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero):****Nome** **Cognome**M F Stato Civile..... ASL Residenza.....

Nato/a a..... il

Codice Fiscale Comune di residenza.....

Via/Piazza.....tel.....

Tipologia ricovero: ordinario temporaneo per dimissioni da H di sollievo
Urgente: sì no**Al momento della domanda la persona interessata si trova:** a Domicilio(Usufruisce di: Assistenza domiciliare sanitaria (ADI) Assistenza domiciliare sociale
E' allettata: SI NO Ha disturbi cognitivi: SI NO
SI NOHa difficoltà a camminare: SI NO SI NO) in RSA..... in IDR..... in Struttura privata..... in Ospedalereparto:telefono.....**Medico Medicina Generale Dott./ssa**.....telefono.....**Persona di riferimento:** nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono..... cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e - mail:.....

Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone con deficit delle funzioni cognitive): Amministratore di sostegno Tutore Curatore**Seconda persona di riferimento: Nome**..... **Cognome**.....

Grado di parentela..... tel.....cell.....

Indirizzo e - mail:.....

Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in RSA (Pensione):

- INPS cat. VO vecchiaia n.
- INPS cat. IO invalidità n.
- INPS cat. SO reversibilità n.
- INPS cat. PS sociale n.
- Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n.
- Invalidità civile n.

- Indennità accompagnamento n.
 Altro

Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)

- In corso Accertata di grado% Domanda non presentata
 Ric. L 104: Si No

Il richiedente:

Data.....**Firma**.....

Per il richiedente: nome.....cognome..... Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: nome.....cognome..... Grado di parentela.....Firma.....

Consenso informato al trattamento dei dati (L. 196/2003)

La legge n° 196/30 giugno 2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 della Legge predetta, Le comunichiamo che i dati saranno trattati al solo scopo di valutare le sue condizioni attuali in funzione dell'ammissione in questa RSA o in altre RSA provinciali a cui dovesse fare domanda di ammissione e hanno natura obbligatoria. Gli stessi dati potranno essere forniti alla Regione Lombardia o alla ATS Insubria Via Otorino Rossi 9 – Varese – Direzione Sociosanitaria per gli obblighi di legge. Per far valere i suoi diritti così come previsto dall'Art. 7 - 8 - 9 della Legge n° 196/2003 potrà rivolgersi alla Regione, alla ATS Insubria o alle RSA da Lei prescelte.

Il sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 della Legge 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte delle RSA accreditate nell'ambito territoriale della ATS Insubria, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'Art. 23 della Legge citata, vale a dire i dati "Idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale".

Ribadisco esplicitamente tutti gli impegni e i consensi espressi in ogni parte di questo modulo.

Il richiedente: data.....**firma**.....

Per il richiedente: nomecognome
 Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: nomecognome
 Grado di parentela.....Firma.....

Documenti da allegare alla domanda:

- **Copia Carta d'identità, Tessera sanitaria ed eventuale Verbale di Invalidità**
- **Consenso al trattamento dei dati da parte della RSA per valutazione ingresso anche da parte di altre strutture**

Questo modulo è di per sé sufficiente alla iscrizione del richiedente alla lista d'attesa della RSA a cui si formula la domanda di ricovero.



Riservato alla struttura _____

ID utente _____

Data accettazione: _____

Nome.....Cognome.....

Relazione sanitaria del medico curante*(a cura del medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura in cui si trova l'interessato)*

INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	Con supervisione	Con aiuto	Totale dipendenza
Trasferimenti letto /sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICI COGNITIVI					
Demenza certificata da UVA ospedaliera <input type="checkbox"/> Si data: <input type="checkbox"/> No	Assente	Lieve	Moderata	Grave	
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROFILI di GRAVITA'		
Lesioni cutanee <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
da pressione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede	
vascolari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede	
Ausili per il movimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
Gestione incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stomia	<input type="checkbox"/> SI specificare.....	<input type="checkbox"/> NO
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno al bisogno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno costante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie Farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie Alimenti	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO
Patologie infettive / contagiose in atto	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO

C I R S

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano. La versione proposta è quella suggerita dalla Regione Lombardia.

Lo strumento richiede che il Medico definisca la severità clinico – funzionale di 14 categorie di patologie: il Medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

Assente	(1) Nessuna compromissione di organo o sistema.
Lieve	(2) La compromissione di organo, sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è ottima (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
Moderata	(3) La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete, fratture).
Grave	(4) La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
Molto grave	(5) La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamento gastrointestinale, embolia).

Si ottengono due indici:

- l'indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali);
- l'indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore od uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali)

Quanto sopra è il modo indicato e corretto per il calcolo dell'indice di severità, tuttavia si dimostra poco sensibile nel differenziare diversi quadri clinici. In alternativa si può fare la media dei punteggi degli item delle patologie con punteggio superiore a 3, togliendo così l'effetto "pavimento" che determina nel calcolo la considerazione dei punteggi 1, cioè di assenza di patologia. Indicare sempre quale delle due procedure di conteggio si è seguita.

Altro punto critico è la non considerazione dell'item 14, vista l'incidenza delle patologie dovute a demenza, nella popolazione degli "anziani fragili" (popolazione che ricopre il maggior numero di ricoveri di sollievo). In ogni caso questo item NON va conteggiato.

INDICE DI COMORBIDITA' (CIRS)

Patologia	assente	lieve	moderato	grave	molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione (solo la severità, non gli organi coinvolti)					
Patologia vascolare (sangue / vasi / midollo / milza / sist. linfatico)					
Patologia respiratoria (polmoni / bronchi / trachea sotto la laringe)					
O.O.N.G.L. (occhio / orecchi / naso / gola / laringe)					
Apparato gastroenterico superiore (esofago / stomaco / duodeno / albero biliare / pancreas)					

Apparato gastroenterico inferiore (intestino/ernie)					
Patologia epatica (solo fegato)					
Patologia renale (solo rene)					
Patologie genito-urinarie (uretere/vescica/uretra/prostata/genitali)					
Patologia muscolo / scheletrico / cute (muscoli / scheletro / tegumenti)					
Patologia sistema nervoso (s.n.c. / periferico / non include demenza)					
Patologia endocrino/metabolica (diabete / patol. tiroide ecc.)					
Patologia psichiatriche/comportamentali (demenza /depressione /ansia /agitazione / psicosi)					

INDICE DI SEVERITA' INDICE DI COMORBIDITA'
 (media dei punteggi prime 13 categorie) (n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/= 3)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA

.....

.....

.....

.....

.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (indicare farmaco e posologia)

.....

.....

.....

.....

NOTE:.....

.....

.....

Nome e cognome del medico

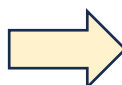
Tel..... e - mail

.....
 timbro e firma del medico

.....
 data di compilazione
 (La presente certificazione ha validità annuale)

INFORMATIVE e OBBLIGAZIONI

Cognome dell'Utente	Nome dell'Utente	Data di Nascita

 Allegare fotocopia carta di identità, tessera sanitaria ed eventuali tesserini di esenzione

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:

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direttamente dall'interessato | <input type="checkbox"/> Da un parente | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
|--|--|--------------------------------------|

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

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consenziente | <input type="checkbox"/> Indifferente | <input type="checkbox"/> Non in grado di decidere |
| <input type="checkbox"/> Contrario | <input type="checkbox"/> Non informato | |

Servizi territoriali di cui usufruisce:

Servizio assistenza domiciliare comunale:

- igiene personale
- pulizia casa
- assistenza socio-economica

- aiuto per la spesa
- pasto caldo
- telesoccorso
- altro (specificare): _____

Assistenza domiciliare integrata:

- medico di base con frequenza: _____
- geriatra _____
- _____ medico specialista: _____

- infermiere professionale
- terapeuta della riabilitazione
- altro (specificare): _____

Altri servizi di cui usufruisce:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro psicosociale | <input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato | <input type="checkbox"/> 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 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 e Reg.UE 679/2016.

Allegano fotocopia del loro documento di identità.

_____, li _____
(luogo) (data)

(1) _____
(firma per esteso)

(2) _____
(firma per esteso)

(3) _____
(firma per esteso)

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 un'adeguata assistenza infermieristica e riabilitativa, a seconda della 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, 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)

Note di contatto:

INFORMATIVA PRIVACY PER IL PRERICOVERO-LISTA D'ATTESA

Gentile interessato _____

(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

eventualmente rappresentato legalmente da _____

(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO E RUOLO)

desideriamo informarla che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR"*) prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Fondazione Giuseppina Prina ETS** in qualità di **"Titolare"** del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 e 14 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

	A. CATEGORIE DI DATI: oggetto del trattamento possono essere i suoi dati personali quali dati identificativi, di contatto ed e dati particolari ex art. 9 del GDPR (ad es. certificati di malattia, esiti di visite mediche, cartella clinica, ecc.).
	B. TITOLARE DEL TRATTAMENTO: il titolare del trattamento è Fondazione Giuseppina Prina ETS, Piazza Prina, 1 - 22036 Erba (CO), P.I. 01224400133 , contattabile telefonicamente allo 031.3332111 o alla mail fondazione@giuseppinaprina.it
	C. FONTE DEI DATI PERSONALI: i dati personali in possesso del Titolare sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.
	D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA: i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità : <ul style="list-style-type: none"> • Finalità connesse ad obblighi di legge. • Finalità contrattuali e pre-contrattuali: AMMINISTRAZIONE. Espletamento dei compiti gestionali, amministrativi ed organizzativi necessari all'espletamento dei servizi erogati; • Finalità di diagnosi (Art. 6, par. 1, lett. b) e art. 9, par. 2, lett. h) del GDPR: svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nella struttura.
	E. DESTINATARI DEI DATI nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate, i Suoi dati potranno essere comunicati, se del caso, ad altri soggetti connessi alle attività di trattamento, interni ed esterni al Titolare, quali dipendenti ed assimilati, i collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I Suoi dati non saranno in alcun modo oggetto di diffusione.
	F. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI: i dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi al di fuori dello Spazio Economico Europeo.
	G. PERIODO DI CONSERVAZIONE: i dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati (" <i>principio di limitazione della conservazione</i> ", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
	H. DIRITTI DELL'INTERESSATO: l'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.
	I. OBBLIGATORIETA' O MENO DEL CONFERIMENTO: il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per valutare il suo inserimento in struttura. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato inserimento nelle liste d'attesa.
	J. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI: i dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Titolare. I dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo (es. sistemi in cloud, sistemi di archiviazione e conservazione sostitutiva digitale, ...), nel rispetto di adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza previste dal GDPR.

INFORMATIVA PRIVACY PER IL PRERICOVERO-LISTA D'ATTESA

K. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.: il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O. contattabile via mail all'indirizzo **fondazioneprina@segnalazionidpo.it**



L. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI: non sono previsti processi decisionali automatizzati

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver presa visione dell'informativa sopra riportata per le finalità di trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data: _____ **Firma leggibile dell'interessato** _____

Nota bene: se l'interessato è soggetto ad impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere e quindi non può apporre la firma di presa visione, la stessa è resa da chi dispone della responsabilità legale (specificare: amministratore di sostegno tutore curatore genitore (per i minori) altro _____)

Firma di chi rappresenta legalmente l'interessato _____










INFORMATIVA PER CAREGIVER

Gentile interessato _____ Nel suo ruolo di _____
[COGNOME E NOME IN STAMPATELLO]




contattabile all'indirizzo mail e/o N. telefono _____

nei confronti del Paziente _____
[NOME E COGNOME DEL PAZIENTE]

che fornisce a **Fondazione Giuseppina Prina ETS** i Suoi dati personali, desideriamo informarla che il "Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (da ora in poi **GDPR**) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. **Fondazione Giuseppina Prina ETS**, in qualità di "Titolare" del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

	A. CATEGORIE DI DATI: oggetto del trattamento possono essere i suoi dati personali quali dati identificativi e dati personali di contatto secondo le finalità riportate di seguito.
	B. TITOLARE DEL TRATTAMENTO: il titolare del trattamento è Fondazione Giuseppina Prina ETS, Piazza Prina, 1 - 22036 Erba (CO), P.I. 01224400133 , contattabile telefonicamente allo 031.3332111 o alla mail fondazione@giuseppinaprina.it
	C. FONTE DEI DATI PERSONALI: i dati personali in possesso del Titolare sono raccolti direttamente presso l'interessato.
	D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA: i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità: <ul style="list-style-type: none"> • Per finalità connesse ad obblighi previsti dalla legge: adempimenti contabili, fiscali, amministrativi, comunicazioni obbligatorie ad enti pubblici; • Per finalità connesse all'esecuzione del contratto di erogazione del servizio di cura/assistenza socio-sanitaria del familiare degente: instaurazione, gestione, estinzione del rapporto contrattuale, pagamento della retta di degenza, ritiro dei referti medici; • Per finalità basate sul consenso relative a: utilizzo dei dati anagrafici, numero di cellulare e/o dell'indirizzo e-mail personale per essere contattato dal Titolare per comunicazioni relative allo stato di salute del Suo familiare, degente presso la struttura del Titolare;
	E. DESTINATARI DEI DATI: nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate, i Suoi dati potranno essere comunicati, se del caso, ad altri soggetti connessi alle attività di trattamento, interni ed esterni al Titolare, quali dipendenti ed assimilati, società di consulenza, aziende private, autorità pubbliche. I Suoi dati non saranno in alcun modo oggetto di diffusione.
	F. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI: i dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi al di fuori dello Spazio Economico Europeo.
	G. PERIODO DI CONSERVAZIONE: i dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
	H. DIRITTI DELL'INTERESSATO: l'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.
	I. OBBLIGATORIETA' O MENO DEL CONFERIMENTO: il conferimento dei Suoi dati per le finalità connesse ad obblighi di legge o all'esecuzione del contratto di erogazione del servizio di cura/assistenza socio-sanitaria del familiare degente è obbligatorio salvo che per le finalità basate sul consenso per le quali la comunicazione dei dati è facoltativa e un suo rifiuto non comprometterà in alcun modo l'erogazione del servizio.

INFORMATIVA PER CAREGIVER

	J. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI: i dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Titolare. I dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo (es. sistemi in cloud, sistemi di archiviazione e conservazione sostitutiva digitale, ...), nel rispetto di adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza previste dal GDPR.
	K. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.: il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O. contattabile via mail all'indirizzo fondazioneprina@segnalazionidpo.it
	L. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI: non sono previsti processi decisionali automatizzati

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI (NOME E COGNOME) _____

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa e per i punti di seguito indicati:

Utilizzo del numero di cellulare e/o dell'indirizzo e-mail personale

Accenso al trattamento dei dati

Non accenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, presta il proprio sino ad eventuale revoca da parte mia.

Luogo e Data: _____ Firma leggibile dell'interessato _____