

DOMANDA DI ACCOGLIENZA CDI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ stato civile _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
titolo di studio _____ codice fiscale _____

chiede di essere accolto presso il Centro Diurno Integrato per anziani

CON LA PRESENTE:

1. DICHIARA:

- a) di aver preso visione di tutte le condizioni per l'accoglienza nel C.D.I. e di accettarle integralmente;

2. SI IMPEGNA:

- a) al puntuale pagamento della retta mensile nei termini stabiliti da codesta Amministrazione (in via posticipata entro il decimo giorno del mese successivo);
b) a rispettare e ad osservare tutte le norme statutarie e regolamentari in vigore presso la Fondazione;

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

Certificato del medico curante (come da stampato allegato);

E FOTOCOPIA DI:

Carta d'identità

Carta Regionale Servizi

Verbale invalidità

data

____ / ____ / ____

In fede

● **LISTA D'ATTESA**

(da compilare a cura dell' U.V.I. – Unità di Valutazione Geriatrica Interna di Ca' Prina)

data

___	/	___	/	___
-----	---	-----	---	-----

Firma

● **PROGETTO**

(da compilare a cura dell' U.V.I. – Unità di Valutazione Geriatrica Interna di Ca' Prina)

data

___	/	___	/	___
-----	---	-----	---	-----

Firma

OBBLIGAZIONI DI PAGAMENTO
FAMILIARI RESPONSABILI

I sottoscritti:

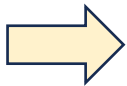
1. Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ grado di parentela _____

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

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

DICHIARANO

di assumere, in via solidale, l'impegno di provvedere al pagamento delle rette a decorrere dalla data di accoglienza dell'Utente presso il Centro Diurno Integrato e di provvedere all'immediato rientro in famiglia dell'Utente qualora, per motivi concernenti l'inosservanza delle condizioni di ospitalità in vigore presso la Fondazione, questa Amministrazione ne ritenesse opportuno la dimissione.



Allegano fotocopia del loro documento di identità.

_____, li _____
(luogo) (data)

1. _____
(firma per esteso)

2. _____
(firma per esteso)

3. _____
(firma per esteso)

N.B.: L'eventuale cambio di indirizzo dovrà essere comunicato tempestivamente all'Ente.

PROSPETTO FREQUENZA SETTIMANALE

- Tutti i giorni
- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì
- Sabato

MODALITA' DI TRASPORTO

A cura dei Parenti

- Andata
- Ritorno

A cura della Fondazione

- Andata
- Ritorno



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"/>	
Irritabilità	<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"/>	
Vagabondaggio afinalistico	<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"/>	
Aggressività (verbale e/o fisica)	<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"/>	
Inversione ritmo sonno/veglia	<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)

CONDIZIONI PER L'ACCOGLIENZA PRESSO IL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Cognome dell'Utente	Nome dell'Utente	Data di Nascita

Stim. Ospite/Familiare,
la Direzione La invita a leggere attentamente ed a sottoscrivere le clausole qui di seguito riportate, nonché a compilare, in ogni sua parte, la domanda di accoglienza e gli allegati. La informiamo altresì che ulteriori notizie Le potrà trovare richiedendo, gratuitamente, la Carta dei Servizi.

1. NORME SANITARIE E GESTIONE TERAPIA

- La frequenza al C.D.I. non modifica il ruolo del Medico Curante (Medico di Famiglia) al quale la famiglia o l'Utente devono sempre rivolgersi per i consigli terapeutici.
- Il Medico Curante è responsabile dei farmaci assunti da ogni Utente e pertanto ogni variazione della terapia in corso, così come ogni nuova terapia, anche se da effettuare per un periodo di tempo limitato, deve essere prescritta dal Medico Curante stesso e deve essere fatta pervenire tempestivamente. E' inoltre necessario precisare a che ora deve essere assunto ogni singolo farmaco.
- I rapporti con il Medico Curante devono essere mantenuti dai familiari degli Utenti e non delegati alle figure professionali operanti presso il C.D.I.
- Quando gli Infermieri Professionali segnalano che i farmaci assunti dagli Utenti stanno terminando, questi devono essere inviati con la massima sollecitudine ed in confezione integra (una scatola intera e non qualche compressa).
- La Direzione Sanitaria declina ogni responsabilità se non possono essere somministrati i farmaci perché mancanti.

2. REGOLE PER LA FREQUENZA PRESSO IL CENTRO DIURNO INTEGRATO

- L'orario di apertura del C.D.I. è fissato alle ore 7.15, quello di chiusura alle ore 19.30. Il C.D.I. è aperto dal lunedì al sabato.
- I familiari degli anziani che frequentano il C.D.I. dovranno consegnare, nel giorno di ingresso, una congrua dotazione di cambi di biancheria e di vestiario.
- Nel caso in cui l'anziano necessiti, nel corso della giornata, dell'ausilio di pannoloni, i famigliari dovranno consegnare al C.D.I. la scorta necessaria per coprire il fabbisogno.
- Gli Utenti dovranno giungere al C.D.I. preferibilmente senza indossare oggetti di valore e senza portare con sé ingenti somme di denaro. La Fondazione, in ogni caso, non assume responsabilità per eventuali furti o smarrimenti.

- Al fine di consentire la programmazione delle attività del C.D.I. gli Utenti/Familiari dovranno preventivamente concordare le giornate che intenderanno frequentare nell'arco della settimana (minimo 3 giorni di frequenza).
- Gli Utenti che avranno necessità di assentarsi dal C.D.I. per indisposizione, aggravamento o al fine di seguire particolari cicli di cura/riabilitazione dovranno tempestivamente avvisare l'Infermiera Professionale circa la sospensione della frequenza, dandone motivazione.

3. RETTA

L'Utente/Familiare è tenuto a pagare, entro il giorno 10 di ogni mese, le rette giornaliere relative al mese precedente. La retta giornaliera è pari ad € _____ e verrà annualmente o semestralmente aggiornata tenuto anche conto delle variazioni dei prezzi in generale. Il pagamento potrà essere effettuato mediante permanente di addebito in conto corrente (R.I.D.) o tramite bollettino di conto corrente postale.

La Fondazione, compatibilmente alle proprie esigenze organizzative, effettua anche il servizio di trasporto dal domicilio dell'Utente al Centro e viceversa con un costo aggiuntivo pari a € _____

4. PREAVVISO DI DIMISSIONI

Eventuali dimissioni definitive da parte dell'Utente dovranno essere comunicate con un preavviso di almeno sei giorni. In caso contrario l'Utente/Familiare riconosce a proprio carico il pagamento della retta giornaliera per pari periodo. (6 giorni).

(data)

IL RICHIEDENTE

(firma per esteso)

PER IL RICHIEDENTE (Vedi Nota 1)

(firma per esteso)

Nota 1: Firma di un familiare nel caso in cui l'Ospite non sia in grado di firmare per invalidità o interdizione. Indicare nome e cognome e grado di parentela.

Lo/La scrivente dichiara di aver preso visione delle condizioni contenute nel presente contratto e di approvarle specificatamente per iscritto ai sensi degli artt. 1341, 2° comma, C.C. e 1342, 2° comma, C.C., in particolare i seguenti:

- art. 2 (Regole per la frequenza presso il Centro Diurno Integrato)
- art. 4 (Preavviso di dimissioni)

(data)

IL RICHIEDENTE

(firma per esteso)

PER IL RICHIEDENTE (Vedi Nota 1)

(firma per esteso)

Nota 1: Firma di un familiare nel caso in cui l'Utente non sia in grado di firmare per invalidità o interdizione. Indicare nome e cognome e grado di parentela.

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

 Acconsento al trattamento dei dati **Non acconsento 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 _____