



CASA DI RIPOSO DI GRAGLIA E MUZZANO

Domanda d'accoglienza

Data di presentazione della domanda.....

RICHIEDENTE / OSPITE

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n° _____

Tel. _____ codice fiscale _____

OBBLIGATO SOLIDALE / GARANTE

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n° _____

Recapiti (tel. / cell. / e-mail) _____

codice fiscale _____ grado di parentela/rapporti con il richiedente¹ _____

inoltra domanda

per l'ammissione

☐ **Residenza Definitiva**

☐ **Soggiorno Temporaneo** dal _____ al _____

☐ **altro servizio**

ed allega la seguente documentazione:

- ✓ Certificato medico redatti sull'unito modulo (Allegato 1)
- ✓ Autocertificazione di residenza dell'Ospite / Utente con indicazione della decorrenza (o autocertificazione)
- ✓ Autocertificazione di residenza del Garante / Obbligato Solidale con indicazione della decorrenza (o autocertificazione)

¹ Inserire se Tutore, Curatore o Amministratore di Sostegno. Nel caso di ingresso, sarà richiesta copia dell'atto di nomina.

Con la presente domanda, il soggetto / i soggetti richiedente/i dichiara/ano

- a) Di essere a conoscenza che gli effetti della stessa decorreranno esclusivamente dalla data indicata nella comunicazione di accettazione della domanda stessa da parte della Casa di Riposo di Graglia e Muzzano;
- b) Di mantenere ferma la presente proposta, salvo revoca da comunicazione per iscritto anteriormente all'accettazione da parte della Casa di Riposo di Graglia e Muzzano;
- c) Di impegnarsi a consegnare al momento dell'ammissione i seguenti ulteriori documenti aggiornati:
 - a. Carta d'identità originale valida
 - b. Tesserino Sanitario magnetico
 - c. Certificato di esenzione e /o domanda di invalidità (rilasciati da ASL)
 - d. Documenti ASL BI per rilascio di eventuali ausili (carrozzina, deambulatori, pannoloni, ...)
 - e. Documentazione relativa alla pratica per ottenimento quota sanitaria (convenzione)
- d) Di impegnarsi, anche in via solidale, a versare la retta, nella misura stabilita dall'Amministrazione ai sensi del Regolamento, con periodicità mensile entro il giorno 5 di ogni mese, nonché di provvedere alle spese personali relative all'approvvigionamento di medicinali e/o altri generi simili;
- e) Di aver preso atto che i servizi prestati dalla Casa di Riposo di Graglia e Muzzano sono quelli descritti nella Carta dei Servizi e nel Regolamento di cui ha/hanno preso visione e conoscenza (disponibili all'ingresso della struttura);
- f) Di impegnarsi ad ottemperare a quanto disposto dalla Casa di Riposo nel caso di dimissione a norma dell'art. 3 del Regolamento di Struttura;
- g) di ritirare l'Ospite nel caso l'Amministrazione a suo insindacabile giudizio lo ritenesse opportuno;
- h) Di firmare il Contratto di Ospitalità all'atto di accoglimento della domanda.

Graglia,

Firma del Richiedente / Ospite

Firma del dell'Obbligato Solidale / Garante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Egregio Signore / Gentile Signora,

La informiamo che ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”, i dati da Lei forniti **al momento della richiesta di ammissione in Struttura o anche successivamente**, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa in oggetto.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Il trattamento dei dati è quindi innanzi tutto finalizzato alla assistenza socio-sanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Piemonte ed alla ASL competente.

Il trattamento dei dati è finalizzato poi all'assolvimento degli obblighi legali previsti dalla normativa vigente, nonché all'assolvimento degli obblighi di legge per la tutela di contabilità e tutti i relativi adempimenti.

In particolare i dati da Lei forniti in sede di domanda di ammissione verranno trattati per le seguenti finalità:

- attività amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati;
- attività di comunicazione ed informazione agli enti regionali o di controllo.

DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I dati comuni potranno essere comunicati a terzi (ad esempio strutture di conteggio ed elaborazione di dati contabili, commercialisti) che per conto nostro cureranno gli adempimenti fiscali e contabili, nonché a società di assicurazione ai fini dell'operatività di polizze assicurative.

Inoltre i suoi dati potranno essere inseriti in elenchi utilizzati per comunicazioni a soggetti quali: INPS, ASL, Medici, Strutture Sanitarie, etc. in base a disposizioni di legge o regolamentari oppure su richiesta degli stessi. Potranno inoltre essere comunicati a soggetti espressamente autorizzati nell'ambito della nostra struttura.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A UN PAESE TERZO

Non sono previsti trasferimenti dei suoi dati a paesi terzi.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati di natura sanitaria saranno conservati illimitatamente, in ottemperanza alle vigenti normative nazionali.

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, nonché comunque per il periodo previsto dalla legge.

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati richiesti sono necessari per lo svolgimento dell'attività e delle prestazioni richieste, e saranno trattati con strumenti informatici, telematici e in forma cartacea.

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 socio-sanitaria tipica della RSA 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.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo che in relazione ai suddetti dati Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di richiedere al Titolare del trattamento dei propri dati personali, la rettifica (qualora non corretti o non aggiornati) o la cancellazione degli stessi ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano.
- Diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati che lo riguardano; il Titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria
- Diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca
- L'interessato può, inoltre, chiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

L'esercizio di tali diritti può avvenire tramite comunicazione scritta indirizzata al Titolare del trattamento dei dati della Struttura.

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo (in Italia Garante Privacy) o in sede giudiziale (artt. 77 e 79 Regolamento)

ESTREMI IDENTIFICATIVI E DI CONTATTO

La informiamo inoltre che il Titolare del trattamento dei dati è la Struttura Casa di Riposo di Graglia e Muzzano con sede in Graglia (BI), via Netro n° 25.

I soggetti che nell'ambito delle loro mansioni, possono venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di soggetti autorizzati sono: i soggetti addetti agli Uffici Amministrativi, coloro che operano nei nuclei (OSS, Infermieri, Fisioterapisti, Psicologi, Animatori, altre professioni sanitarie o socio-sanitarie), i collaboratori e i volontari.

NATURA DEL CONFERIMENTO

La informiamo che il conferimento dei suoi dati o di chi la rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore) in generale non è obbligatorio ma l'eventuale rifiuto ad autorizzare la comunicazione dei dati ai soggetti sopra indicati, comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione del contratto e all'adempimento delle prestazioni richieste.

Il Titolare
Nicoletta Borrione

CONSENSO

Il sottoscritto _____ nato a _____, il _____,

C.F. _____, residente in _____,

in qualità di

☐ Interessato

☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)

dichiara di aver preso atto dell'informativa che avete fornito ed in riferimento alle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 e

con riferimento alle possibili comunicazioni a terzi per gli adempimenti contabili e fiscali

☐ ESPRIME IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

Data

Firma dell'interessato

Firma del Rappresentante Legale o soggetto legittimato

AMMISSIONE	
<u>Direzione Sanitaria</u>	<u>Direzione di Struttura</u>
La persona viene ritenuta, a livello sanitario, <input type="radio"/> idonea <input type="radio"/> non idonea	
Per il servizio richiesto.	
Note:.....	Note:.....
.....
.....
.....
.....
Data:.....	Data:.....
Firma:	Firma:
IL DIRETTORE SANITARIO	IL DIRETTORE DI STRUTTURA

[illegible][illegible]