

# DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

## SEZ. 1

## DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_) DATA \_\_\_\_\_  M  F

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_) IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TELEFONO/CELL. \_\_\_\_\_ E - MAIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO IN \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TELEFONO/CELL. \_\_\_\_\_

## EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

\_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME

\_\_\_\_\_ N° CIVICO \_\_\_\_\_  
CITTA' VIA/PIAZZA

\_\_\_\_\_ TRIBUNALE DI \_\_\_\_\_  
ATTO N° DEL

## PERSONA DI RIFERIMENTO

\_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME

\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA

\_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
GRADO DI PARENTELA

\_\_\_\_\_ ALTRI RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_  
TELEFONO/CELL.

**URGENZA DELLA DOMANDA:**

- ESTREMA                                       ORDINARIA                                       INSERIMENTO IN LISTA  
D'ATTESA A SCOPO  
PREVENTIVO

**MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:**

- STATO DI SALUTE                                       SOLITUDINE  
 PROBLEMI FAMILIARI                                       ALTRO (specificare):.....  
.....  
 CONDIZIONI ABITATIVE                                       ALLOGGIO NON ADEGUATO  
 TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA                                       EVENTUALE SFRATTO

**SEZ. 2                                      DATI PERSONALI**

**SCOLARITÀ:**

- ELEMENTARI                                       SUPERIORI                                       ALTRO .....

**ATTIVITÀ LAVORATIVA:**

.....

**IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:**

- CONSENZIENTE                                       INDIFFERENTE                                       NON IN GRADO DI DECIDERE  
 CONTRARIO                                       NON INFORMATO

**LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:**

- TEMPORANEO                                       DEFINITIVO

**STATO CIVILE:**

- CELIBE / NUBILE  
 CONIUGATO / A  
 SEPARATO / A  
 DIVORZIATO / A  
 VEDOVO / A

**PENSIONE TIPO :**

- ANZIANITA' -VECCHIAIA                                       REVERSIBILITÀ                                       INVALIDITÀ SOCIALE  
 ALTRO (indicare il tipo)                                       NESSUNA PENSIONE

**INVALIDITÀ CIVILE:**

- IN CORSO                                       RICONOSCIUTA, AL \_\_\_\_\_ %                                       DOMANDA NON PRESENTATA

**INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA       | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO                    |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA              |   | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO          |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |   | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
|   |   | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO                         |

**RICONOSCIMENTO L. 104 /92**

- IN CORSO                       SI                       NO                       DOMANDA NON PRESENTATA

**SEZ. 3                      RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**

**ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO                                       | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI   |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....<br>.....<br>REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)<br>.....<br>REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)<br>.....            | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO   |

**SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:**

- DI PROPRIETÀ                       IN AFFITTO

**SITUAZIONE FAMILIARE:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO     | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO |  |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE       |  |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A      |  |
| <input type="checkbox"/> BADANTE       |  |
| <input type="checkbox"/> ALTRO         |  |

**IL CONVIVENTE È:**

- AUTOSUFFICIENTE                       PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE                       NON AUTOSUFFICIENTE

**ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI**

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:**

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/> M.M.G.
<input type="checkbox"/> PULIZIA CASA	<input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA	<input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
<input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____
<input type="checkbox"/> PASTO CALDO	
<input type="checkbox"/> TELESOCCORSO	
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	

**ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:**

- CENTRO PSICOSOCIALE       CENTRO DIURNO ANZIANI       CENTRO DIURNO INTEGRATO

**USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:**

- CARROZZINA       MATERASSO ANTIDECUBITO       SOLLEVATORE  
 ALTRO (specificare).....

**SEZ. 4      ADEMPIMENTI PRIVACY**

Sarà cura della RSA individuata dare applicazione al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali del 27 aprile 2016 n. 679.

**La Richiesta viene inoltrata:**

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO       ALTRO  
 DA UN PARENTE (specificare).....      (specificare).....

(NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Firma dell' interessato o del richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Si allega :**

- copia carta d'identità dell'interessato
- copia tessera sanitaria dell'interessato



## INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	<b>Assente</b>	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	<b>Lieve</b>	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	<b>Moderato</b>	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	<b>Grave</b>	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	<b>Molto grave</b>	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

**RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE  
PER L'INGRESSO IN R.S.A.**

Sig./ra \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_ Data compilazione \_\_\_\_\_

Esenzione \_\_\_\_\_

**Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ**

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Iperensione arteriosa Specificare: _____ _____						
Patologie vascolari Specificare _____ _____						
Patologie respiratorie Specificare _____ _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____						
Patologie epatiche Specificare _____ _____						
Patologie renali Specificare _____ _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____						

Patologie neurologiche centrali e periferiche ( <i>escluse</i> le demenze) Specificare _____						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali( <i>incluse</i> le demenze) Specificare _____						

## Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

### Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNO                          | <input type="checkbox"/> DISFAGIA                       |
| <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE | <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA |
| <input type="checkbox"/> OBESITÀ                          | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE:           |
| <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE                    | ○ SONDINO NASO - GASTRICO                               |
| <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO                 | ○ GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA                    |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE        | <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE  |
| <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO            |   |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE            |   |

### Diabete mellito

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA  | <input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI |  |

### Lesioni cutanee

- |  |             |              |
|--|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO | SEDE: _____ | STADIO _____ |
| <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI   | SEDE: _____ | STADIO _____ |

Coma o stato vegetativo

Sclerosi Laterale Amiotrofica

### Linguaggio

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NORMALE   |  |
| <input type="checkbox"/> DISARTRIA |  |
| <input type="checkbox"/> AFASIA    | <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA      |
|                                    | <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE |
|                                    | <input type="checkbox"/> GLOBALE         |

### Vista ed udito

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE                               |
| <input type="checkbox"/> NON VEDE  |
| <input type="checkbox"/> NON SENTE                                       |
| <input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO |

### Igiene

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE                              |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE                              |

### Capacità di vestirsi / svestirsi

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE             |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE                     |

### Mobilità

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE    |
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE |
| <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA             |
| <input type="checkbox"/> ALLETTATO                 |

### Cadute negli ultimi 3 mesi

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNA          |
| <input type="checkbox"/> 1 - 3 VOLTE      |
| <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE |

**Terapia riabilitativa in corso**

- NESSUNA
- POST-ACUTA
- DI MANTENIMENTO

**Assistenza respiratoria**

- OSSIGENO OCCASIONALMENTE
- OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO
- OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO
- TRACHEOTOMIA
- VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA
- VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

**Minzione e Evacuazione**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA | <input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA                             |
| <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA          | <input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) |
| <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA              | <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA                  |
| <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA                            |  |

**Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NESSUNO   | <input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI   |
| <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI           | <input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI  |
| <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA                | <input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO   |
| <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO                                     | <input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO  |
| <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO                                  | <input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI  |
| <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO | <input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI   |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE            | <input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE  |
| <input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ   | <input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO  |
| <input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO   | <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI   |
| <input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI                    | <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE                          |
| <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA )                     | <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO |
|  | <input type="checkbox"/> ALTRO   |

**Terapia dialitica**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE | <input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA |
|--|--|

 **Radioterapia**
 **Chemioterapia**



**Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)**

▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

**Allergie a farmaci**

- NO
- SI quali? \_\_\_\_\_

*Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità?*      SI     NO

**Eventuali note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico**

**Telefono**

\_\_\_\_\_

# Fondazione Casa di Riposo dr. Luigi e Regina Sironi Onlus

---

## INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Egr. Sig. / Gentile 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 Casa di Riposo Dr. Luigi e Regina Sironi Onlus, con sede in Via Locatelli, 9 – 23848 Oggiono (LC), tel 0341-576391, e-mail [info@fondazionesironi.it](mailto:info@fondazionesironi.it), PEC [fondazione.sironi@promopec.it](mailto:fondazione.sironi@promopec.it), nella persona del Suo Legale Rappresentante *pro tempore*

### **Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)**

Tel. 0490998416, e-mail [dpo@robbyone.net](mailto:dpo@robbyone.net), PEC [dpo.robbyone@ronepec.it](mailto:dpo.robbyone@ronepec.it)

### **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 della Struttura.

In particolare i dati conferiti verranno trattati per:

- A) La presa in carico della richiesta di ingresso in Struttura 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 ingresso in Struttura, 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 V; Legge 8 novembre 2000 n. 328 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"; D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 "*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*";

## Fondazione Casa di Riposo dr. Luigi e Regina Sironi Onlus

---

Legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"; Legge 104/1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"; Regolamento Europeo 679/2016/679 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 ingresso", 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

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 di ospitalità.

### 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](http://www.garanteprivacy.it)) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

## Fondazione Casa di Riposo dr. Luigi e Regina Sironi Onlus

---

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 \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) dell'Ospite \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_), 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 \_\_\_\_\_

# Fondazione Casa di Riposo dr. Luigi e Regina Sironi Onlus

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI DI CUI ALL'ART. 9 DEL GDPR

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_), 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 ingresso in Struttura.

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

### 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](http://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 \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) dell'Ospite \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_), 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 di \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e quindi una consapevole espressione di valido consenso.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Egregio Sig. /Gentile Sig.ra,

La informiamo che la Struttura da Lei prescelta al fine dell'inserimento dell'ospite \_\_\_\_\_ necessita di raccogliere, quale Titolare del trattamento, con il Suo espresso consenso i Suoi dati anagrafici e di contatto al fine della corretta gestione della domanda di ingresso presenta.

Le significhiamo che i dati conferiti verranno trattati, con modalità cartacee e telematiche, dall'Ente per mezzo del proprio personale espressamente autorizzato, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

I dati da Lei conferiti o forniti da Enti connessi alla gestione del servizio di ospitalità verranno conservati fino al perfezionamento della "domanda di ingresso" 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.

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](http://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 contattabile ai recapiti di seguito elencati.

Titolare del Trattamento: Fondazione Casa di Riposo dr. Luigi e Regina Sironi Onlus, con sede in Via Locatelli, 9 – 23848 Oggiono (LC), tel. 0341 576391, e-mail [info@fondazionesironi.it](mailto:info@fondazionesironi.it), PEC [fondazione.sironi@promopec.it](mailto:fondazione.sironi@promopec.it) nella persona del Suo Legale Rappresentante pro tempore

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO: tel. 0490998416, e-mail [dpo@robbyone.net](mailto:dpo@robbyone.net), PEC [dpo.robbyone@ronepec.it](mailto:dpo.robbyone@ronepec.it))

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI ANAGRAFICI E DI CONTATTO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver **ricevuto, letto e compreso** l'informativa privacy di cui sopra e, pertanto, esprime il proprio consenso al:

- trattamento dei propri dati anagrafici e di contatto per la corretta gestione della domanda di ingresso in Struttura.

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_