



DOMANDA DI INSERIMENTO
RSA-CDI-MAP-CASA ALBERGO

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 1 di 4

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LE UDO DELLA FONDAZIONE)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

in qualità di AdS Tutore Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Indirizzo	Recapito telefonico

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età _____ Genere: M F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____/____/____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____/____/____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO

CASTANO PRIMO

RESCALDINA

MOROSOLO

MOZZATE

RSA

CDI

MAP

RSA

CASA ALBERGO

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____



DOMANDA DI INSERIMENTO
RSA-CDI-MAP-CASA ALBERGO

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 2 di 4

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
- Vive solo/sola
- Perdita autonomia
- Quadro clinico compromesso
- Mantenimento/miglioramento capacità residue
- Rischio permanenza al domicilio
- Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA

- Domicilio
- Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- Struttura psichiatrica
- Istituto di riabilitazione
- Altra RSA
- Altro:

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

CONVENZIONE

- NO
- SI, con il seguente ente:

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____

note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
- Coniuge
- Figli
- Altri parenti: _____
- Assistente familiare (ore/die)

Altro: _____

Dove vive:

- Abitazione adeguata
- Abitazione parzialmente adeguata
- Abitazione totalmente inadeguata

Perché _____

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro:

TUTELA

NO SI:

- Amministrazione di sostegno / Tutela
 - In corso
 - Numero decreto: _____
- Altro: _____

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):

Qualifica:

- Familiare: _____
- Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)

Recapiti:



DOMANDA DI INSERIMENTO
RSA-CDI-MAP-CASA ALBERGO

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 3 di 4

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

SI

NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità

- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
 - ↳ Codice: _____
 - ↳ Percentuale: _____%
 - ↳ Indennità accompagnamento
 - sì no In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in _____
- Laurea in _____
- Altro: _____
- Professione pre pensionamento _____
- Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
- CDI (Centro Diurno Integrato) _____
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____

Servizi / interventi Sociali attivi: NO SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto _____
- Associazioni di volontariato _____
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc)



DOMANDA DI INSERIMENTO
RSA-CDI-MAP-CASA ALBERGO

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 4 di 4

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA FONDAZIONE COLLEONI

- Direttamente
- Servizio Sociale di: Centri Sociali Territoriali Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITÀ DELL'OSPITE /PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITÀ DEL PARENTE DI RIFERIMENTO
- ↳ FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE DELL'OSPITE E DEL PARENTE DI RIFERIMENTO
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI) EVENTUALI

NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, così come riportato nell'allegata Informativa e relativa richiesta di consenso al trattamento dei dati "Personali", "Sensibili" e/o "Legali".

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



SCHEDA SANITARIA (AII. A)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 1 di 4

Cognome e Nome

Data di nascita / / **luogo di nascita**

QUADRO CLINICO: PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>				
Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>				
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>				
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>				
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>				
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>				
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>				
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>				
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>				
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; <i>non include la demenza</i>)	<input type="checkbox"/>				
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>				
Stato mentale e comportamentale (<i>include demenza</i> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>				



SCHEDA SANITARIA (AII. A)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 2 di 4

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilitazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento:/ / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (includere ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno:



SCHEDA SANITARIA (All. A)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 3 di 4

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI		
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sordità assoluta	<input type="checkbox"/> SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo:
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo:
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo:
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	di che tipo:
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	indicare la data: / /
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:
Eventuali note e osservazioni:		

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Addensanti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI



SCHEDA SANITARIA (All. A)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 4 di 4

Dieta specifica NO SI, di che tipo:

Alimentazione enterale NO SI: PEG SNG Alimentazione parenterale NO SI: periferica centrale

Peso corporeo kg Altezzacm

Intolleranze non note NO SI, di che tipo:

TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione NO SI Tipo_____

Dialisi NO SI: emodialisi dialisi peritoneale

Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....
.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria):/ /20....

Nome e Cognome medico curante: Recapito tel.diretto..... fax e-mail diretta:@.....	Timbro e firma del medico curante
---	-----------------------------------

Data di compilazione:/ / 20.....



IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO (All. B)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 1 di 2

IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO

Con la presente i sotto indicati familiari responsabili al pagamento

DICHIARANO

1. di assumere l'impegno di provvedere in via solidale al pagamento della retta, quale comunicata, a decorrere dalla data di ammissione dell'Ospite, e di eventuali sue variazioni successive o gravami accessori, con l'impegno di pagamento alle scadenze prescritte;
2. di essere stati ragguagliati sul Regolamento della RSA/CDI/MAP/CASA ALBERGO in occasione della presentazione della domanda di inserimento e di essere quindi sufficientemente informati in merito al servizio offerto;
3. di riconoscersi incondizionatamente obbligato nei confronti dell'Ente, in particolare impegnandosi a non richiedere al medesimo il riparto del predetto onere tra familiari che risultassero tenuti per legge;
4. che le somme eventualmente residue per retta pagata e non usufruita dall'Ospite a causa di decesso o dimissione verranno rese a colui che dimostri con idonea documentazione di averne sostenuto l'esborso. In difetto saranno versate agli eredi previa produzione di atto notorio comprovante tale loro qualità.



IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO (All. B)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 2 di 2

IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO

COGNOME E NOME _____

NAT _ A _____ IL ___ / ___ / _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

N° TELEFONICO _____ GRADO DI PARENTELA _____

* * * * *

COGNOME E NOME _____

NAT _ A _____ IL ___ / ___ / _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

N° TELEFONICO _____ GRADO DI PARENTELA _____

* * * * *

COGNOME E NOME _____

NAT _ A _____ IL ___ / ___ / _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

N° TELEFONICO _____ GRADO DI PARENTELA _____

* * * * *

COGNOME E NOME _____

NAT _ A _____ IL ___ / ___ / _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

N° TELEFONICO _____ GRADO DI PARENTELA _____

* * * * *

COGNOME E NOME _____

NAT _ A _____ IL ___ / ___ / _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

N° TELEFONICO _____ GRADO DI PARENTELA _____

* * * * *

Castano Primo, il ___ / ___ / _____ (firma per esteso)

	INFORMATIVA PRIVACY (All. C)	MOD/007/2018 REV. 3 01/10/2021 Pag. 1 di 5
---	-------------------------------------	---

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI E CONSENSO

Gentile Interessato,

(Cognome Nome)

(Codice Fiscale)

L' **Opera Pia Francesca Colleoni De Maestri Impresa Sociale**, in qualità di **titolare del trattamento dei dati personali**, Le rilascia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, le informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi quelli sensibili e idonei a rilevare lo stato di salute e vita sessuale, con riferimento all'attività che complessivamente può essere esercitata all'interno della stessa Fondazione nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o nelle altre strutture per lo svolgimento di attività amministrative correlate alle prestazioni di erogazione di servizi sociosanitari, con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.

1. FINALITÀ E SCOPI DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

La Fondazione La informa che il trattamento dei dati personali anche sensibili da Lei comunicati direttamente o raccolti presso i propri Uffici sono effettuati soltanto con il Suo consenso e per le finalità sotto riportate e strettamente necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali.

Il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte.

1.1 FINALITÀ E SCOPI DEL TRATTAMENTO

- a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsivoglia altro servizio erogato dalla Fondazione, in caso di: i) prestazioni specialistiche ambulatoriali, ii) ricovero ospedaliero, iii) ricovero residenziale, anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina;
- b) attività di certificazione, di denuncia e di referto, di prescrizione, di compilazione della documentazione clinica e dei registri;
- c) attività amministrative e di gestione operativa legate ai servizi forniti, ivi comprese quelle connesse al processo di iscrizione al servizio sanitario regionale, di prenotazione e accettazione, di certificazione e denuncia, di prescrizione, di compilazione della documentazione clinica e dei registri, di accertamento dell'invalidità civile, della condizione di handicap e della disabilità, di esenzione ticket, di programmazione, gestione e controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria ecc.;
- d) attività di recupero crediti, di verifica della esenzione dal pagamento della retta e di controllo della congruità delle prestazioni erogate;
- e) attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti;
- f) attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente attraverso una rete di comunicazione elettronica, per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili, protesi e gestione della cronicità), anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- g) attività finalizzate a promuovere e pubblicizzare l'attività dell'ente quali, a titolo esemplificativo, la pubblicazione di immagini di vita quotidiana all'interno della struttura sul sito internet dell'ente, profili di social network o sul giornalino interno.

1.2 MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il trattamento dei dati avviene con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o, comunque, automatizzati, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità menzionate nel paragrafo precedente e, comunque, con specifica adozione di una logica finalizzata a consentire l'accesso e l'utilizzo ai soli operatori autorizzati e che ne hanno necessità per garantire un'adeguata presa in carico.

Nell'informatizzare il dato, nel rispetto delle finalità espresse, la Fondazione opera quotidianamente, sia dal punto di vista organizzativo che da quello tecnico, al fine di garantire i requisiti di sicurezza previsti per legge e comunque per fare in modo che le operazioni compiute sui dati avvengano nel rispetto di regole di sicurezza in continuo e costante miglioramento. In tal senso vi è una capillare distribuzione delle responsabilità e le possibili attività sui dati sono definite attraverso regolamenti e istruzioni operative agli incaricati; periodicamente gli operatori seguono corsi di formazione e aggiornamento sulle problematiche della privacy, sui potenziali pericoli e sulle responsabilità legate al trattamento dei dati informatizzati. Inoltre tutti gli operatori che accedono ai sistemi informatizzati sono identificabili, tenuti al segreto professionale e/o d'ufficio e comunque autorizzati al trattamento.

1.3 INCARICATI A CONOSCENZA DEI DATI

I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi. I dati di salute sono trattati dal personale appositamente incaricato, che opera sotto il controllo del titolare e dei responsabili, e possono essere comunicati, per finalità di tutela della salute, previo consenso dell'interessato, ai seguenti soggetti:



INFORMATIVA PRIVACY (All. C)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 2 di 5

- Medici specialisti
- Organismi sanitari pubblici e privati.
- Tutto il personale che ha accesso ai dati che riguardano l'ospite, comunque tenuto al segreto professionale e d'ufficio, è incaricato/autorizzato al trattamento dei dati stessi ed adeguatamente formato sulle modalità da seguire per garantire il rispetto della riservatezza.

1.4 NATURA DEL CONFERIMENTO E CONSEGUENZA MANCATO CONSENSO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI FINI DEL TRATTAMENTO

L'interessato o chi lo rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore) è tenuto a conferire obbligatoriamente ogni dato indispensabile al perseguimento delle finalità legate alla cura della salute di cui al punto 1.1.

Il mancato conferimento dei dati richiesti e il mancato consenso per le finalità di cura della salute, di cui al punto 1.1, rende di fatto impossibile l'accesso alla prestazione socio sanitaria.

1.5 PERIODO CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali 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.

1.6 CONOSCIBILITA' DEI DATI ED A QUALI SOGGETTI POTRANNO ESSERE COMUNICATI I SUOI DATI PERSONALI

Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati possono essere comunicati in Italia esclusivamente per le finalità sopra specificate, a enti, società, studi professionali esterni che prestano attività di assistenza socio-sanitaria, tributaria e finanziaria, a Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti. Per il perseguimento delle finalità sopra descritte, i suoi dati personali saranno conosciuti dai dipendenti, dal personale assimilato e dai collaboratori del Titolare, che operano in qualità di persone autorizzate al trattamento dei dati personali. Inoltre, nella gestione dei suoi dati possono venire a conoscenza degli stessi gli incaricati e/o i responsabili interni ed esterni individuati per iscritto ed ai quali sono state specificate istruzioni scritte. I soggetti appartenenti alle categorie che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento, in altre ipotesi, in qualità di responsabili del trattamento appositamente nominati dal titolare nel rispetto dell'art. 28 del GDPR. I suoi dati potranno essere comunicati, a seguito di ispezioni o verifiche (qualora richieste), a tutti gli organi ispettivi preposti a verifiche e controlli inerenti alla regolarità degli adempimenti di legge.

Alla comunicazione e/o trasferimento dei suoi dati personali (sensibili, sanitari, legali, ecc.), sulla base e nel rispetto delle norme vigenti e per quanto di competenza di altre Strutture Sanitarie

2. RESPONSABILE DELLA SICUREZZA DEI DATI

Il responsabile della protezione dei dati (DPO Data Protector Officer) è il Sig. Cesare Ruggeri

3. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato ha il diritto di accesso ai dati personali in ogni momento, chiederne la rettifica, chiedere la cancellazione dei dati ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano.

L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano. Il titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di motivi 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.

L'interessato ha altresì il diritto alla revoca del consenso al trattamento dei dati in qualsiasi momento, consapevole che la conseguenza sarà l'interruzione immediata della presa in carico da parte della RSA, fermi in ogni caso gli obblighi di legge in capo al titolare riguardo la conservazione dei dati medio tempore acquisiti.

Il titolare del trattamento
**OPERA PIA FRANCESCA COLLEONI DE
MAESTRI – IMPRESA SOCIALE**
Presidente pro tempore Dott. Livio Landi



INFORMATIVA PRIVACY (All. C)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 3 di 5

Ospite Nato a il

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa di cui all'art 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

Il/la sottoscritto/a _____
In qualità di:

Diretto interessato **Curatore** **Tutore** **Amministratore di sostegno**

In mancanza di un amministratore di sostegno/Curatore e/o Tutore per il quale non è stata decretata ufficialmente e formalmente, ad oggi, l'incapacità di intendere e di volere, trovandosi nell'oggettiva impossibilità, per problemi esclusivamente fisici di funzionalità motoria e/o sensoriale, di apporre in completa autonomia la propria firma, si fa assistere funzionalmente dal proprio:

_____, il/la Sig./ra _____,
(grado di Parentela)

nato/a a _____ il _____, nella fase di sottoscrizione del presente documento,

che controfirma per accettazione _____
(Firma leggibile del parente)

PRESTO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali nonché di quanto risulterà in funzione delle prestazioni assistenziali e sanitarie che verranno fornite dalla Fondazione, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili"

- alla comunicazione degli stessi sulla base e nel rispetto delle norme vigenti e per quanto di competenza;
- alle Autorità di Pubblica Sicurezza, all'Agenzia di Tutela della Salute ed alla Regione di competenza;
- ad altre Strutture Sanitarie per richiesta di particolari accertamenti sanitari.

PRESTO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

che venga comunicato ai soggetti sotto indicati quanto risulterà riguardo allo stato di salute in funzione delle prestazioni sanitarie che verranno fornite dalla struttura, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" a:

- nessuno
- tutti coloro che lo richiedano
- a: (indicare nome e cognome)

Qualora non sia riportato alcun nominativo si intende che non sono poste restrizioni in merito alle persone che possono ricevere comunicazioni dei dati sensibili riguardo allo stato di salute.

Data _____

(firma dell'Interessato) _____



INFORMATIVA PRIVACY (All. C)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 4 di 5

LIBERATORIA PER LA TRAMMISSIONE, REGISTRAZIONE E PUBBLICAZIONE DI CONTENUTI (audio, video, fotografie e dichiarazioni)

La/il sottoscritta/o (nome) _____ (cognome) _____

AUTORIZZA

L'Opera Pia Francesca Colleoni De Maestri (**Fondazione**) a:

- esercitare i diritti previsti dagli artt. 12 e seg. Legge n. 633/1941;
- registrare con mezzi radiotelevisivi, cinematografici e fotografici: immagini, voce, nomi rese;
- riprodurre le stesse su qualsiasi supporto tecnico e/o multimediale conosciuto e effettuare la diffusione su qualsiasi piattaforma della **Fondazione** portale (<http://www.fondazionecolleoni.org/>), diffondere le stesse sulle pagine ufficiali dell'**Fondazione** su Facebook, Twitter, YouTube e Instagram, quali siti di soggetti esterno che presentano un collegamento diretto con il Portale;
- stampare e pubblicare le stesse su riviste e all'interno di materiale promozionale, esporre e proiettare le immagini in occasione di eventuali eventi/opere future.

DICHIARA

- di aver letto e accettato i termini e le condizioni di trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nell'Informativa
- di aver autorizzato le riprese dell'immagine, del nome e della voce e/o altri suoni da lui prodotti, nei termini ed alle condizioni di seguito indicati, per le finalità istituzionali attinenti all'evento
- di assumere la piena responsabilità delle dichiarazioni rese, sollevando la **Fondazione** da qualsiasi pretesa e/o azione anche di terzi - di essere informata/o e consapevole del fatto che per alcune trasmissioni è ammesso il download
- di rinunciare a qualunque corrispettivo per la posa, l'utilizzo, la riproduzione e la diffusione delle immagini.

Il/la sottoscritto/a vieta altresì l'uso delle immagini in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di:

Diretto interessato **Curatore** **Tutore** **Amministratore di sostegno**

In mancanza di un amministratore di sostegno/Curatore e/o Tutore per il quale non è stata decretata ufficialmente e formalmente, ad oggi, l'incapacità di intendere e di volere, trovandosi nell'oggettiva impossibilità, per problemi esclusivamente fisici di funzionalità motoria e/o sensoriale, di apporre in completa autonomia la propria firma, si fa assistere funzionalmente dal proprio:

_____, il/la Sig./ra _____
(grado di Parentela)

nato/a a _____ il _____, nella fase di sottoscrizione del presente documento,

che controfirma per accettazione _____

(Firma leggibile del parente)

PRESTO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data ___/___/_____ Letto, compreso e sottoscritto (firma dell'Interessato) _____



INFORMATIVA PRIVACY (All. C)

MOD/007/2018

REV. 3

01/10/2021

Pag. 5 di 5

INFORMATIVA SULLA PRIVACY PER LA TRAMMISSIONE, REGISTRAZIONE E PUBBLICAZIONE DI CONTENUTI (audio, video, fotografie e dichiarazioni)

La informiamo 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. La **Fondazione**, in qualità di "Titolare" del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento:

la **Fondazione** tratterà i suoi dati personali per la realizzazione di materiale promozionale, esporre e proiettare le immagini in occasione di eventuali eventi/opere future.

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 della **Fondazione**.

Tali dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR.

Obbligatorietà o meno del consenso: Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. Il mancato consenso non permetterà l'utilizzo delle immagini e/o delle riprese audiovisive del soggetto interessato per le finalità sopra indicate.

Comunicazione e diffusione dei dati: Nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate.

Titolare e Responsabili del Trattamento: Il titolare del trattamento è l'**Opera Pia Francesca Colleoni De Maestri Impresa Sociale** nella persona del Legale Rappresentante Pro-tempore **Dott. Livio Landi**.

I Responsabili del trattamento, se designati, sono puntualmente individuati nel Documento sulla Privacy, aggiornato ogni anno, e debitamente nominati.

Diritti dell'interessato: In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi degli artt. da 15 a 22 e dell'art. 34 del GDPR.

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) e/o per il tempo necessario per obblighi di legge.

La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.