



**FONDAZIONE MADONNA DEL CORLO**

Corso Garibaldi, 3 - 25017 Lonato del Garda (BS) - C.F.02964900175 - P.IVA 00712050988  
www.madonnadelcorlo.it - info@madonnadelcorlo.it - info.casadiriposolonato@pec.it

**DOMANDA DI INGRESSO PRESSO LA RESIDENZA SANITARIA PER ANZIANI**

PER

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria (cod. assistito) \_\_\_\_\_

Carta d'identità \_\_\_\_\_ scadenza il \_\_\_\_\_

La parte sottostante è da compilare solo nel caso in cui chi la compila non sia il diretto interessato. È necessario allegare un documento di identità.

**DATI DEL GARANTE O REFERENTE PRINCIPALE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

*Si considera garante la persona o l'ente che, in forza di vincoli personali e/ o legali, oppure per scopo istituzionale, o per mera liberalità, anche in assenza di formale espressione di volontà di mandato o rappresentanza o delega da parte dell'ospite, garantisce e/ o assume personalmente ed irrevocabilmente tutti gli obblighi (finanziari, morali di fare o non fare ) derivanti dalla stipula del contratto di accoglienza e fino alla risoluzione dello stesso.*

Cognome e nome – Eventuale grado di parentela o Amministratore di Sostegno \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

## SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI OFFERTA:

- Stanza singola solventi € 85/giornalieri
- Stanza doppia solventi € 75/giornalieri
- Stanza doppia/tripla accreditati € 56/giornalieri

## DATI SOCIALI:

**Stato civile:** (barrare la casella di riferimento)

- Coniugata/o;
- Divorziata/o;
- Nubile/celibe;
- Separata/o;
- Vedova/o.

**N. figli** \_\_\_\_\_

Maschi \_\_\_\_\_

Femmine \_\_\_\_\_

### Stato di convivenza:

- vive solo/a;
- vive con il coniuge;
- vive con i famigliari;
- convive con altra persona;
- proviene da altro istituto/ospedale (specificare quale \_\_\_\_\_)

### Invalidità civile:

- Sì \_\_\_\_\_%
- No

### Indennità di accompagnamento:

- Sì;
- No;
- In attesa.

### Posizione nella professione al momento dell'ingresso in RSA:

- Attualmente svolge un lavoro retribuito (specificare \_\_\_\_\_);
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: casalinga;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: pensionato;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: invalido, inabile, anche se pensionato;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: disoccupato
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: altro
- Non ha mai svolto lavoro retribuito;

### Titolo di studio:

- Analfabeta;
- Licenza elementare;
- Licenza di scuola media inferiore;
- Scuola professionale;
- Diploma di scuola superiore;
- Laurea.

### Situazione pensionistica:

- Nessuna pensione;
- Anzianità/vecchiaia;
- Sociale
- Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro);
- Reversibilità;
- Invalidità.

**Motivo del ricovero;**

- vive da solo/a;
- non autosufficiente;
- rapporti familiari difficili;
- alloggio non idoneo;
- situazione economica;
- altri motivi.

**Indicare eventuale terapia in corso:**

\_\_\_\_\_

**Indicare se paziente dializzato:**

- Si – Indicare  
frequenza: \_\_\_\_\_
- No

<b>DATI SANITARI</b>
----------------------

Ats di appartenenza \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**Esenzione ticket:**

- Si N°ESENZIONE \_\_\_\_\_
- No.

La domanda avrà validità triennale e verrà annullata d'ufficio alla scadenza del triennio, previo avviso al richiedente che potrà comunque riformularla.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Il richiedente Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ si impegna:

- a) a sottoporre a visita medica il futuro Ospite prima dell'accoglimento nella Rsa acconsentendo che lo stesso si sottoponga ad eventuali indagini volte ad escludere la presenza di sintomi sospetti da Covid;
- b) ad accompagnare \_l\_ predett\_ presso la Residenza Sanitaria Assistita, in caso di accettazione della presente domanda, con gli effetti personali dell'Ospite;
- c) ad autorizzare l'Ente a dimettere l'Ospite, dopo un periodo di giorni 15 (quindici), qualora insorgessero motivi che a discrezione della Direzione comportassero l'impossibilità di vivere in comunità con altri ospiti;
- d) a sollevare da ogni e qualsiasi responsabilità la Direzione e l'Amministrazione dell'Ente qualora l'Ospite si allontanasse dalla Sede senza aver avvisato la Direzione e qualora accadessero all'Ospite incidenti di qualsiasi natura, fuori dalla Casa che lo ospita;
- e) a dichiarare di essere a conoscenza che, a giudizio insindacabile della Direzione, il Paziente può essere spostato di camera a seconda delle esigenze;
- f) ad impegnarsi personalmente al pagamento mensile anticipato della retta di degenza in vigore relativa alla tipologia di ricovero per cui ha espresso la preferenza e cioè:
  - € 85 camera singola solventi
  - € 75 camera doppia solventi
  - € 56 camera doppia posto accreditato
- g) di essere a conoscenza che la retta potrà essere variata, a giudizio insindacabile, dal Consiglio di Amministrazione;
- h) di autorizzare l'esposizione del proprio nominativo all'esterno della stanza presso cui sarà alloggiato;
- i) di impegnarsi al pagamento dell'autoambulanza qualora ce ne fosse la necessità.

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- 1) fotocopia tessera sanitaria;
- 2) fotocopia carta d'identità non scaduta;
- 3) fotocopia verbale di invalidità
- 4) modello Obis-M
- 5) nomina Amministratore di Sostegno (se presente)

IN FEDE – Il richiedente

---

<b>DATA</b>			
<b>NOMINATIVO OSPITE</b>			
<p>Si informa che il trattamento dei dati comuni e sanitari è eseguito nel rispetto del D. Lgs. 196/03 e successivi sulla Privacy al fine di elaborare le informazioni necessarie ad erogare il servizio di assistenza e cura previsto dalla Rsa. In relazione a tale trattamento possono essere esercitati tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e successivi.</p>			
<b>1 SITUAZIONE AL DOMICILIO</b>			
Vive da solo		<input type="checkbox"/>	
Vive da solo con badante		<input type="checkbox"/>	
Vive in famiglia		<input type="checkbox"/>	
<b>2 CAMMINO</b>			
Obbligato a letto/carrozzina/poltrona		<input type="checkbox"/>	
Necessaria presenza costante di una o più persone per il cammino		<input type="checkbox"/>	
Autonomo nel cammino		<input type="checkbox"/>	
<b>3 USO CARROZZINA</b>			
Da solo		<input type="checkbox"/>	
Con aiuto		<input type="checkbox"/>	
<b>4 IGIENE PERSONALE</b>			
Dipende da tutti i punti di vista/non in grado di badare alla propria igiene		<input type="checkbox"/>	
Necessita di aiuto		<input type="checkbox"/>	
Totalmente autonomo		<input type="checkbox"/>	
<b>5 ALIMENTAZIONE</b>			
Alimentazione artificiale (Peg, sondino naso-gastrico)		<input type="checkbox"/>	
Va imboccato		<input type="checkbox"/>	
Autonomo		<input type="checkbox"/>	
<b>6 CONFUSIONE</b>			
Completamente confuso/non riconosce le persone		<input type="checkbox"/>	
Incerto e dubbioso		<input type="checkbox"/>	
Perfettamente lucido		<input type="checkbox"/>	
<b>7 IRRITABILITA'/AGGRESSIVITA'</b>			
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità/E' sempre aggressivo		<input type="checkbox"/>	
Talvolta è aggressivo		<input type="checkbox"/>	
E' calmo		<input type="checkbox"/>	
<b>8 IRREQUIETEZZA</b>			
Molto irrequieto, si muove in continuazione, non riesce a stare seduto		<input type="checkbox"/>	
Talvolta si agita e gesticola		<input type="checkbox"/>	
E' tranquillo		<input type="checkbox"/>	
<b>9 E' INVALIDO AL 100% E PERCEPISCE ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>10 RELAZIONE ASSISTENTE SOCIALE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>11 E' ATTUALMENTE RICOVERATO UN SUO FAMILIARE?</b>			
<input type="checkbox"/> CONIUGE <input type="checkbox"/> FRATELLO /SORELLA <input type="checkbox"/> ALTRO		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>12 È AFFETTO DA PATOLOGIE NOTE?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Elencare le principali (es. malattie del cuore, diabete, ecc.):			
<b>13 HA ESEGUITO VACCINAZIONE ANTICOVID 19 O E' STATO DICHIARATO GUARITO?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>14 E' IN DIALISI?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>15 E' AFFETTO DAL MORBO DI ALZHEIMER?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>16 E' RESIDENTE/DOMICILIATO PRESSO I MINIALLOGGI E IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI SOPRAGGIUNTA NON AUTOSUFFICIENZA?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Per consenso</b>			

## Informativa all'interessato sul trattamento dei dati personali Lista d'attesa

### Gentile Signora/Egregio Signore,

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la Fondazione Madonna del Corlo Onlus in qualità di Titolare del trattamento (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare") Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali del richiedente e/o quelli riguardanti i familiari, i soggetti legalmente responsabili e/o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso. La Fondazione dovrà raccogliere e trattare dati personali comuni e particolari (vale a dire dati idonei a rivelare la vita sessuale, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere della persona) nonché dati relativi alla salute della persona.

#### **Titolare del trattamento:**

Il Titolare del Trattamento è la Fondazione Madonna del Corlo Onlus.

#### **Responsabile della Protezione dei dati (o Data Protection Officer)**

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato ai seguenti recapiti email: [privacy@patriziameo.it](mailto:privacy@patriziameo.it)

#### **1. Finalità e base giuridica del trattamento**

I dati personali forniti direttamente dall'interessato o altrimenti acquisiti dalla domanda d'inserimento, saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità:

- a) **di legge:** connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché impartite da autorità a ciò legittimate;
- b) **Legittimi interessi:** cioè dirette esclusivamente per l'inserimento in lista d'attesa in RSA.

#### **2. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali**

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità, punto 1 lett. a), b) e c) connesse ad obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie nonché una corretta instaurazione, gestione connesso alla procedura di accoglienza in RSA. Si precisa che, in caso di mancato conferimento, la domanda di ammissione in R.S.A. non potrà essere accolta.

#### **3. Conservazione dei dati personali**

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del Regolamento in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità cui al punto 1 per le quali i dati personali sono trattati o per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel Massimario di scarto del "Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia".

#### **4. Modalità e logica del trattamento**

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono trattati sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

#### **5. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati**

I dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolare, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili (art. 28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone autorizzate al trattamento dei dati che agiscono sotto l'autorità del Titolare e/o del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità indicate al punto 1. Precisamente, i dati saranno comunicati a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema ecc....);
- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni);
- Organismi sanitari pubblici e privati, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della Fondazione.

**6. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale**

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

**7. Diritti dell'interessato**

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- l'opposizione al trattamento;
- la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.;

qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione (art. 77 cit.).

(23/05/2018)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, in qualità di: \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

a) Compiutamente informato ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

acconsente

non acconsente

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa che precede, nonché alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili ai soggetti ivi indicati.

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ - Firma \_\_\_\_\_