



COMUNE DI VARZO

PROVINCIA DEL VERBANO-CUSIO-OSSOLA

Piazza Agnesetta 1 – 28868 VARZO (VB)

Tel. 0324.7001 – Fax 0324.73047

CASA DI RIPOSO PER ANZIANI DI VARZO – R.S.A.

Via Cattagna n. 3, 28868, Varzo (VB)

TEL. 0324 / 7056 – e mail casadiriposo@comune.varzo.vb.it

DOMANDA D'AMMISSIONE IN R.A.

Varzo, __/__/__

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il _____, sesso _____ stato civile _____
residente a _____
in Via _____ n° _____
attualmente domiciliato/a presso _____

CODICE FISCALE _____

CARTA IDENTITÀ N. _____

TESSERA SANITARIA N. _____

EV. ESENZIONE _____

EV. INVALIDITÀ CIVILE _____

(indicare tipologia, percentuale o data eventuale domanda in corso).

Note: _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO PRESSO LA R.A. SOPRA INDICATA, LA CUI RETTA MENSILE È DI 2200,00 €

La persona responsabile cui l'Ente dovrà fare riferimento per riscossioni rette, informazioni e tutto quanto occorre al/la Signor/a _____ prima e dopo l'ingresso in struttura
è il/la Sig/Sig.ra _____ in qualità di _____,
(indicare grado di parentela o di relazione con il richiedente)
e residente a _____

via _____ n° _____ telefono n° _____

e-mail: _____

il/la quale sottoscrive unitamente al richiedente per accettazione. Inoltre, il richiedente e la persona responsabile dichiarano di aver preso visione dell'INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, in allegato alla presente domanda.

Dichiarano inoltre di aver preso visione dell'allegato n.3 (DOCUMENTAZIONE E CORREDO NECESSARIO PER L'INGRESSO IN STRUTTURA)

Firma richiedente (ove possibile) _____

Firma persona responsabile _____

Documenti allegati:

all 1 - Informativa privacy e consenso al trattamento dei dati particolari in fase di pre-ingresso

all 2 - Questionario per il medico curante

all 3 - Occorrente per eventuale ingresso

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il Comune di Varzo, P. Iva 00270210032, con sede in Piazza Agnesetta n.1 - 28868 Varzo (VB), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, in qualità di Titolare del trattamento (in seguito, "Titolare"), ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation - in seguito "GDPR"), Le fornisce le seguenti informazioni:

1. Titolare

Il Titolare del trattamento è Comune di Varzo, P. Iva 00270210032, con sede in Piazza Agnesetta n.1 - 28868 Varzo (VB), nella persona del legale rappresentante *pro tempore*, telefono: 0324.7001, e-mail: municipio@comune.varzo.vb.it, PEC: comune.varzo@pcert.it

2. Responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer – c.d. DPO)

Il DPO nominato è domiciliato presso la società Labor Service s.r.l., via Righi n. 29, Novara (NO), telefono 0321.1814220, e-mail privacy@labor-service.it, pec pec@pec.labor-service.it

3. Finalità

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 GDPR), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, è finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'ospite in fase di pre-ingresso e alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso, compreso l'inserimento in lista d'attesa e, in particolare, alla registrazione dell'ospite, all'assistenza sanitaria, e quindi alla diagnosi, cura o terapia, alla prenotazione e refertazione di esami clinici o visite specialistiche, alla gestione amministrativa ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge.

Si specifica che il trattamento di dati personali come foto e filmati degli ospiti è finalizzato alla registrazione di tipo amministrativo dell'ospite, alla documentazione delle attività svolte all'interno della struttura (ad esempio feste, manifestazioni, recite, escursioni, esposizione di cartelloni, laboratori) e alla documentazione delle attività mediche, con riferimento, ad esempio, a lesioni o pratiche di movimentazione.

Il consenso relativo al trattamento dell'immagine per finalità documentative, informative o promozionali sarà eventualmente richiesto esclusivamente in caso di effettivo ingresso dell'ospite presso la Struttura.

4. Basi giuridiche

I trattamenti dei dati personali hanno, quali basi giuridiche, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lett. b) e c) GDPR, l'esecuzione del contratto di ospitalità di cui l'interessato è parte ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

Inoltre, per il trattamento dell'immagine al fine di documentare l'attività svolta quando non vi è una finalità medica, la base giuridica è il consenso esplicito (art. 6, paragrafo 1, lett. a) GDPR).

Si specifica che i dati particolari relativi alla salute forniti nell'ambito della domanda di ammissione sono trattati sulla base del consenso esplicito dell'interessato ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) GDPR, esclusivamente per consentire la valutazione dell'idoneità all'ingresso presso la Struttura. In caso di effettivo ingresso, i successivi trattamenti effettuati per finalità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria potranno essere svolti secondo le basi giuridiche previste dalla normativa vigente.

5. Destinatari

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono al Titolare servizi connessi alla corretta esecuzione dell'attività istituzionale in capo al Titolare e, nello specifico: a Organismi del Servizio Sanitario Nazionale (ASL di competenza, Ospedali, Cliniche e Laboratori di analisi), ai medici, a società e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), a consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle compagnie assicuratrici. Inoltre, i dati potranno essere comunicati a terzi esclusivamente al fine di dar corso ad eventuali richieste ricevute e/o ottemperare ad obblighi di legge: Pubbliche Amministrazioni, Organismi di Vigilanza, forze di Polizia, uffici giudiziari, enti con funzioni previdenziali, socio-assistenziali e/o educative. I dati personali potranno inoltre essere comunicati, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità assistenziali e nel rispetto delle autorizzazioni conferite dall'interessato o dal suo rappresentante legale, a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno, tutori o altri soggetti legittimati.

6. Trasferimento dati

Il Titolare del trattamento non ha intenzione di trasferire i dati personali dell'interessato verso un Paese terzo all'Unione Europea o verso un'organizzazione internazionale.

Ove si rendesse necessario effettuare uno di questi trasferimenti, il Titolare assicura sin d'ora che lo stesso avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili ai sensi degli artt. 45 ("Trasferimento sulla base di una decisione di adeguatezza"), 46, paragrafo 1 ("Trasferimento soggetto a garanzie adeguate"), o 46, paragrafo 2 (stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea) GDPR.

7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato ha il diritto di:

- chiedere al Titolare conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, ottenendo tutte le informazioni indicate all'art. 15 GDPR (es. finalità del trattamento, categorie di dati personali trattati ecc.) (diritto di accesso);
- chiedere la rettifica di dati inesatti o richiederne l'integrazione, qualora essi siano incompleti (art. 16 GDPR);
- ottenere la cancellazione dei dati personali, qualora ricorra uno dei motivi indicati all'art. 17 GDPR (ad esempio, i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati);
- ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR (ad esempio, è contestata l'esattezza dei dati personali oppure è ritenuto che il trattamento sia illecito);
- chiedere la portabilità dei dati (art. 20 GDPR);
- revocare in qualsiasi momento il consenso prestato per il trattamento dei dati particolari relativi alla salute forniti nell'ambito della domanda di ammissione, senza pregiudicare la liceità del trattamento effettuato prima della revoca. La revoca del consenso potrà comportare l'impossibilità per la Struttura di completare la valutazione della richiesta di inserimento;
- revocare il consenso eventualmente prestato per il trattamento dell'immagine e del materiale fotografico e video per finalità non strettamente connesse all'assistenza sanitaria o socio-sanitaria, senza pregiudicare la liceità del trattamento effettuato prima della revoca (art. 7, par. 3 GDPR).

Tutti i sopraesposti diritti possono essere esercitati comunicandolo al Titolare attraverso i dati di contatto sopra citati.

Inoltre l'interessato ha il diritto di:

- proporre reclamo ad un'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali)

9. Il conferimento dei dati personali e particolari necessari alla valutazione della domanda di inserimento, alla conclusione del contratto e alla successiva erogazione delle prestazioni socio-sanitarie costituisce requisito necessario per la gestione del rapporto con la Struttura. L'eventuale mancato conferimento potrà comportare l'impossibilità di valutare la richiesta di inserimento o di erogare correttamente le prestazioni richieste.

Il conferimento dei dati relativi all'utilizzo di immagini e video per finalità documentative, informative o promozionali è invece facoltativo e sarà eventualmente richiesto solo in caso di effettivo ingresso presso la Struttura.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI

IN FASE DI PRE-INGRESSO

☐ **L'OSPITE** (Cognome e nome) _____

oppure

PER CONTO DELL'OSPITE

☐ **IL FAMILIARE O REFERENTE CHE PRESENTA LA DOMANDA** (Cognome e nome) _____

Grado di parentela o relazione con l'Ospite _____

☐ **IL RAPPRESENTANTE LEGALE** (Cognome e nome) _____

(☐ Amministratore di sostegno / ☐ Tutore)

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata:

☐ **PRESTA IL CONSENSO**

☐ **NON PRESTA IL CONSENSO ***

al trattamento dei dati relativi alla salute contenuti nella documentazione allegata alla presente domanda di ammissione, ai fini della valutazione dell'idoneità all'ingresso presso la Casa di Riposo per Anziani di Varzo - RSA.

* Si prende atto che il conferimento dei dati sanitari e il relativo consenso al loro trattamento sono necessari per consentire alla Struttura di valutare la richiesta di inserimento; il mancato consenso comporterà l'impossibilità di procedere con la valutazione della domanda.

Luogo e data

Firma

QUESTIONARIO DA COMPILARSI DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome del paziente _____

N.B. Spuntare le voci che interessano e se pregresse o in atto specificare:

1) AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI:

NO ☐

PREGRESSE ☐

IN ATTO ☐

2) MALATTIE ENDOCRINO-METABOLICHE:

NO ☐

PREGRESSE ☐

IN ATTO ☐

DIABETE: (specificare il tipo e se seguito/a da servizio di diabetologia):

NO ☐

SI ☐

3) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE:

NO ☐

PREGRESSE ☐

IN ATTO ☐

4) TURBE PSICHICHE:

NO ☐

SI ☐

Specificare: _____

DISTURBI COMPORTAMENTALI

NO ☐

SI ☐

Specificare: _____

(vagabondaggio-ansia-agitazione/aggressività-deliri-allucinazioni, depressione/disforia-apatia/
indifferenza-disinibizione-irritabilità-disturbi dell'appetito e dell'alimentazione-disturbi del sonno).

5) EMOPATIE:

NO ☐

PREGRESSE ☐

IN ATTO ☐

6) MALATTIE APPARATO UROGENITALE:

NO ☐

PREGRESSE ☐

IN ATTO ☐

7) MALATTIE A CARICO DELL'APPARATO LOCOMOTORE:

NO ☐

PREGRESSE ☐

IN ATTO ☐

8) MALATTIE DERMATOLOGICHE (specificare anche eventuali Lesioni Da Pressione o vascolari):NO ☐PREGRESSE ☐IN ATTO ☐**9) MALATTIE RESPIRATORIE**NO ☐PREGRESSE ☐IN ATTO ☐O2 TERAPIA ☐ Specificare l/min:**10) MALATTIE GASTRO-ENTERICHE**NO ☐PREGRESSE ☐IN ATTO ☐**11) ALTRE MALATTIE IN ATTO**SI ☐

ALLERGIE:	
INTOLLERANZE ALIMENTARI:	

TERAPIA IN CORSO	ORE	VIA	DOSAGGIO

Si certifica inoltre che il/la Sig/Sig.ra _____
 non è affetto/a da malattie infettive o contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche tali da non
 consentire la vita in comunità.

Il Medico Curante

SCHEDA ASSISTENZIALE PRE-INGRESSO

Si chiede al medico di famiglia, con le informazioni ricavate dal care-giver, di compilare tale scheda per determinare il livello assistenziale di cui la persona necessita. Le condizioni dichiarate devono corrispondere alla situazione in atto al momento della presentazione della domanda di ingresso.

La direzione sanitaria si riserva il diritto di richiedere chiarimenti o eventuale documentazione integrativa.

STATO PSICHICO:

- ☐ ORIENTATO ☐ ANSIOSO
☐ DISORIENTATO ☐ AGITATO
☐ PARZ. DISORIENTATO ☐ AGGRESSIVO
☐ DEPRESSO

COLLABORAZIONE:

- ☐ COLLABORANTE
☐ PARZ. COLLABORANTE
☐ NON COLLABORANTE

COMUNICAZIONE:

- ☐ POSSIBILE
☐ PARZIALM. POSSIBILE
☐ DIFFICOLTOSA
☐ NON PARLA

DEAMBULAZIONE:

- ☐ AUTONOMA ☐ CON AUSILI
☐ CON ASSISTENZA ☐ NON DEAMBULA
☐ ALLETTAMENTO

AUSILI UTILIZZATI:

- ☐ BASTONE ☐ TRIPODE
☐ DEAMBULATORE ☐ CARROZZINA
☐ ALTRO _____

IGIENE (mani / viso):

- ☐ AUTONOMA
☐ SUPERVISIONE
☐ CON AIUTO
☐ DIPENDENTE

IGIENE INTIMA:

- ☐ AUTONOMA
☐ SUPERVISIONE
☐ CON AIUTO
☐ DIPENDENTE

BAGNO / DOCCIA:

- ☐ AUTONOMA
☐ SUPERVISIONE
☐ CON AIUTO
☐ DIPENDENTE

VESTIZIONE:

- ☐ AUTONOMA
☐ SUPERVISIONE
☐ CON AIUTO
☐ DIPENDENTE

ALIMENTAZIONE:

- ☐ AUTONOMA
☐ SUPERVISIONE
☐ CON AIUTO
☐ DIPENDENTE

APPETITO:

- ☐ NORMALE
☐ AUMENTATO
☐ DIMINUITO
☐ NAUSEA

DEGLUTIZIONE durante l'assunzione di liquidi o cibi
 presenta tosse ☐ SI ☐ NO

DISFAGIA:

- ☐ NO
☐ DUBBIA _____
☐ ACCERTATA _____

**INCONTINENZA
URINARIA:**

- ☐ ASSENTE
☐ OCCASIONALE
☐ NOTTURNA
☐ COSTANTE

**INCONTINENZA
FECALE:**

- ☐ ASSENTE
☐ OCCASIONALE
☐ COSTANTE
☐ STIPSI
☐ STOMIA

**CATETERE
VESCICALE:**

- ☐ SI _____

PRESIDI**D'ASSORBENZA:**

- ☐ SI _____

STATO DELLA CUTE:

- ☐ INTEGRA ☐ ALTERAZIONI
☐ ARROSSAMENTI ☐ ULCERE
☐ ALTRO _____

VISTA:

- ☐ NORMALE
☐ IPOVISUS
☐ CECITA' _____

UDITO:

- ☐ NORMALE
☐ IPOACUSIA
☐ SORDITA' _____
☐ PROTESI ACUSTICHE

Il Medico Curante

DOCUMENTAZIONE E CORREDO NECESSARIO PER L'INGRESSO IN STRUTTURA

DOCUMENTAZIONE

- Carta Identità
- Codice Fiscale
- Tessera Sanitaria
- Eventuali esenzioni
- Documentazione sanitaria ed eventuali dimissioni ospedaliere
- Eventuali certificati vaccinali

CORREDO

- Pettine o Spazzola
- Spazzolino da denti
- Dentifricio
- Se portatore di protesi dentaria: porta dentiera, pastiglie per il lavaggio, eventuale pasta adesiva o analoghi
- Eventuali creme, deodoranti, profumi, rasoi abitualmente in uso da parte del futuro ospite
- Eventuali ausili in uso (carrozzina, deambulatore, stampelle, bastone, ecc.)

BIANCHERIA

- 4 magliette intime o canottiere
- Almeno 4 paia di calze morbide (es. cotone) e almeno 4 mutande
- Eventuali presidi per l'assorbenza
- 4 Camicie da notte o pigiami
- 4 pantaloni comodi (es. tuta)
- 4 maglie leggere
- 2-3 maglie più pesanti (meglio con apertura a cerniera)
- Pantofole chiuse con velcro
- Scarpe comode per esterno

La struttura dispone di apposita etichettatrice per capi di vestiario, che sarà utilizzata per marcare gli indumenti di proprietà dell'ospite dopo l'eventuale ingresso in struttura.

Tutti gli indumenti dovranno essere in tessuto lavabile in lavatrice, e possibilmente asciugabili in essiccatoio;

N.B. Per indumenti delicati (lana-seta-o altro) la Casa di Riposo declina ogni responsabilità per eventuali errori di lavaggio o asciugatura.