

DOMANDA DI INSERIMENTO PRESSO LA RESIDENZA
ASSISTENZIALE PER POSTI NON CONVENZIONATI DI :

- RSA Samonini Rozio Balssio-DOMODOSSOLA**
 RSA Teresa Ceretti-VILLADOSSOLA

Oggetto: Richiesta di ricovero in Residenza Assistenziale

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ Sesso M F Stato civile _____ Residente a _____

In Via _____ n° _____ domiciliato presso _____

Tel n_____ codice fiscale _____

Carta d'identità _____

Tessera sanitaria _____

Esenzione ticket _____

Invalido civile n_____ (indicare tipologia, percentuale, o data domanda)

Il parente responsabile cui l'Ente dovrà fare riferimento per riscossioni rette, informazioni e tutto quanto occorre al/alla Sig./ra _____ è il /la Sig./ra _____ ;
con la relazione di parentela _____ residente a _____
in Via _____ n° _____ telefono _____
e-mail _____ cf: _____
il quale sottoscrive unitamente al richiedente per accettazione.

Distinti saluti

Data _____

Firma

Firma parente

Documenti allegati:

1-certificato medico

Questionario B.I.N.A parte sanitaria

Firma del funzionario ricevente della domanda

Firma

Data _____ ora _____

ALLEGATO N° 1 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE IN RESIDENZA ASSISTENZIALE

CERTIFICATO MEDICO

Esito della visita medica effettuato al/alla Sig./ra _____ nato/a a _____
Il _____

ANAMNESI

A. Patologia remota _____

A. Patologia prossima _____

ESAME OGGETTIVO

Condizioni generali cute, tessuto linfoghiandolare, tessuto adiposo, muscoli, ossa, articolazioni:

Apparato circolatorio: _____

Apparato dirigente: _____

Apparato urogenitale: _____

Sistema nervoso, sistema endocrino, organi di senso, psiche: _____

DIAGNOSI

Si dichiara che il/la Sig./ra_____

È, in atto, esente da malattie infettive che ne sconsigliano la convivenza in comunità.

CONCLUSIONI AI FINI DELL'AMMISSIONE IN RESIDENZA ASSISTENZIALE

Ritengo che il/la Sig./ra_____ è non è in buone condizioni fisico-psichiche e in grado di attendere a se stesso.

In fede

li_____

IL MEDICO

Dott._____

Via_____

Città_____

**PRIMI CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI
AUTOSUFFICIENZA /NON-AUTOSUFFICIENZA
PARTE SANITARIA**

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

Dichiarazione relativa al/alla Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____

Condizioni di disagio prevalente (indicarne una):

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Neoplasie | 9. Condizioni invalidanti apparato focomotore |
| 2. Ictus | 10. Condizioni invalidanti apparato respiratorio |
| 3. Demenza | 11. Condizioni invalidanti apparato genito-urinario |
| 4. Traumi/fratture | 12. Condizioni invalidanti apparato neurologico |
| 5. Malattie cardiovascolari | 13. Sindromi psichiatriche |
| 6. Incontinenza sfinterica | 14. Grande senilità |
| 7. Cecità | 15. Assenza risorse sociali e/o familiari |
| 8. Cecità e sordità | 16. Altro |

Indicare, per ciascun punto mediante crocetta la situazione del paziente

MEDICAZIONE:

- Non necessarie _____
 Per ulcerazioni e distrofie cutanee _____
 Per catetere a permanenza _____
 Per piaghe da decubito _____

NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE:

- Controlli medici di routine _____
 Necessità di prestazioni ambulatoriali semplici (accertamenti diagnostici, ecc...) _____
 Necessità di prestazioni ambulatoriali esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica) _____
 Necessità di prestazioni mediche continuative _____

CONTROLLO SFINTERICO:

- Presente _____
 Incontinenza urinaria episodica _____
 Incontinenza urinaria permanente _____
 Incontinenza totale (vesciale e anale) _____

DISTURBI COMPORTAMENTALI:

- Assenti_____
 - Disturbi dell'umore (triste, melanconico, ansioso chiede novi farmaci)_____
 - Non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità, disturbi della cognitività _____
 - Disturbi della cognitività con frequente comportamento disturbante e/o aggressivo verso se e gli altri_____
-

FUNZIONI DEL LINGUAGGIO:

- Comprende e si esprime normalmente _____
- Linguaggio menomato ma esprime comunque il proprio pensiero_____
- Comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero_____
- Non comprende_____

DEFICIT SENSORIALI (udito/vista)

- Normale_____
- Deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali_____
- Grave deficit non correggibile_____
- Cecità sordità completa_____

MOBILITA':

- Cammina autonomamente senza aiuto_____
- Cammina o si sposta con ausili_____
- Si sposta con aiuto costante da altre persone o con carrozzina_____
- Allettato, deve essere alzato e mobilizzato_____

In fede

IL MEDICO

(timbro e firma)

**INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
E CONSENSO AL TRATTAMENTO
ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679**

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Comune di Domodossola (C.F. 00426370037 - P.IVA: 00426370037) con sede in Domodossola (VB), Piazza Repubblica dell'Ossola 1, Telefono: 0324 4921, PEC: protocollo@pec.comune.domodossola.vb.it

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

Il DPO nominato è reperibile ai seguenti dati di contatto: presso Labor Service S.r.l., via Righi n. 29, 28100 Novara (NO), telefono 0321.1814220 *email*: privacy@labor-service.it P.E.C.: pec@pec.labor-service.it

3. Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 Regolamento (UE) 2016/679, di seguito “GDPR”), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, è finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell’ospite in fase di richiesta di inserimento ed alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso, alla gestione amministrativa, compreso l’inserimento in lista d’attesa, ed infine all’adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge.

Il conferimento dei dati personali costituisce requisito necessario per la conclusione del contratto di Ospitalità.

L’eventuale diniego al conferimento di esso comporterà l’impossibilità a dar corso al predetto contratto e agli adempimenti legali ad esso connessi.

4. Basi giuridiche del trattamento dei dati

I trattamenti dei dati personali hanno, quali basi giuridiche (art. 6 GDPR): l’esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali adottate su richiesta dell’interessato ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

Per il trattamento dei dati particolari – quali quelli relativi allo stato di salute in fase di pre-ingresso – è necessario il consenso esplicito.

5. Destinatari dei dati

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono 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), a medici, a società e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), a consulenti per la gestione degli aspetti legali, 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.

Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi (sempre che previamente indicati dall’Ospite nel Contratto d’inserimento, conformemente a quanto previsto dalla Procedura d’ingresso riportata nella Carta dei Servizi), amministratori di sostegno e tutori.

6. Trasferimento dei dati personali

Il Titolare del trattamento non effettua alcun trasferimento di dati personali dell’Interessato verso un Paese terzo all’Unione Europea o verso un’organizzazione internazionale.

7. Periodo di conservazione

I dati personali vengono conservati per il periodo strettamente necessario al soddisfacimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e, se inserito in struttura, sono conservati per 10 anni dalla

cessazione del servizio erogato diversamente, se non inserito, la documentazione viene conservata per 1 anno dalla raccolta.

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 (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;
- ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR;
- ottenere la portabilità dei dati (art. 20 GDPR)
- opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento dei dati personali che lo riguardano qualora ricorrano le condizioni indicate dall'art. 21 GDPR;
- revocare il consenso prestato per il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute, senza che sia pregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca (art. 7, par. 3 GDPR);

Tutti i sopraesposti diritti possono essere esercitati comunicandolo al Titolare attraverso i dati di contatto indicati al punto 1.

Inoltre, l'Interessato ha il diritto di proporre reclamo ad un'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali: www.garanteprivacy.it)

L'OSPISTE (cognome e nome) _____

E/O
PER CONTO DELL'OSPISTE

COGNOME E NOME _____ in

qualità di contraente e/o Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno.

Indicare grado di parentela o relazione con l'Ospite_____

dichiara di aver preso visione della presente
Informativa e
presta il consenso al trattamento dei dati particolari ex art. 9 GDPR,
come sopra indicato

Luogo e data

Firma