

| | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|------------------|
| CENTRO DIURNO GINEVRA c/o Cdr Gasparini | DOMANDA DI INGRESSO | | Data 16.04.2019 Rev. 2.0 | Pagina 1 di 6 |
| | Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa | | | |

_____ l _____ sottoscritt _____

(nome, cognome e grado di parentela di chi presenta la domanda)

Residente in _____ tel. _____

Identificato con documento _____

Chiede che venga ammesso/a presso il centro Diurno

_____ l _____ sig. _____

Nat _____ a _____ il _____

Stato civile _____ nome del coniuge _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ via _____

Attualmente domiciliato/a _____

Presso _____

Titolo di studio _____ professione precedente al pensionamento _____

Iniziativa della domanda _____

(propria, d'accordo con i familiari, su consiglio di altri, del medico, di un operatore sociale)

Figli o parenti dell'ospite: _____

(nome, cognome, residenza, recapiti) _____

Reddito INPS : Cat. _____ n° certificato _____ Importo mensile _____

Cat. _____ n° certificato _____ Importo mensile _____

Reddito INPDAP _____ Importo mensile _____

Invalidità civile: si no Importo mensile _____

(se si allegare fotocopia certificato invalidità)

Assegno accompagnamento: si no Domanda in corso si no

| | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------|
| CENTRO DIURNO GINEVRA c/o Cdr Gasparini | DOMANDA DI INGRESSO | | |
| | Protocollo n° _____ del _____ | | Data 16.04.2019 |
| | n° _____ registro lista d'attesa | | Pagina 2 di 6 |
| | | | Rev. 2.0 |

- Servizio richiesto:
- Giornata intera con trasporto
 - Giornata intera senza trasporto
 - Mattina con trasporto (uscita h 14:30)
 - Mattina senza trasporto (uscita h 14:30)
 - Pomeriggio senza trasporto (ingresso h 14:30)

Giornate previste di presenza : _____

Specificare i nominativi e i numeri telefonici a cui far riferimento in caso di necessità:

Si informa che in caso di visite mediche e/o ricoveri ospedalieri, sia programmati che di emergenza, l'accompagnamento degli ospiti all'esterno della struttura non può essere effettuato dal personale in servizio della CdR Gasparini.

Documenti da allegare:

| |
|---|
| Stato di famiglia e residenza in carta libera |
| Documento identità valido (in fotocopia) |
| Codice fiscale |
| Certificato di invalidità |
| Documentazione sanitaria |
| Indicazione medico curante |

Pieve Dugliara, _____

FIRMA _____

| | | | |
|---|----------------------------------|--|--------------------|
| CENTRO DIURNO GINEVRA c/o Cdr Gasparini | DOMANDA DI INGRESSO | | |
| | Protocollo n° _____ del _____ | | Data 16.04.2019 |
| | n° _____ registro lista d'attesa | | Rev. 2.0 |
| | | | Pagina 3 di 6 |

Al momento dell'ingresso deve essere versata la prima mensilità e la cauzione infruttifera, a garanzia di futuri pagamenti di rette e di quant'altro posto a suo carico, pari ad 1 mensilità del servizio richiesto. Il costo giornaliero è riportato sulla tabella allegata e comprende i servizi specificati nella "carta dei servizi".

La retta deve essere pagata mensilmente, entro il giorno 10, presso la Tesoreria dell'Ente, Cassa di Risparmio di Parma & Piacenza, agenzia di Rivergaro (IBAN IT11P0623065440000060069376)

L'Amministrazione tratterà, in caso di dimissioni volontarie dell'ospite o di decesso, la retta giornaliera relativa al periodo di effettiva permanenza in struttura gravata della somma corrispondente alla retta di sette giorni.

Qualora le condizioni psicofisiche dell'ospite che accede al CENTRO DIURNO dovessero subire peggioramenti, tali da rendere la sua permanenza incompatibile con le caratteristiche del servizio, l'Ente inviterà la famiglia a rivolgersi al servizio Sociale del Comune di residenza dell'ospite entro quindici giorni affinché inoltri domanda per ingresso in struttura protetta. Nell'attesa di eventuale trasferimento presso una struttura esterna, l'ospite potrà accedere, secondo la lista di attesa, presso la Casa Protetta della CdR Gasparini alle condizioni economiche al momento vigenti.

DISPOSIZIONE PERMANENTE ADDEBITO IN CONTO DELLE RETTE

Appoggio bancario _____

Codice IBAN _____

Intestatario del c/c _____

Pieve Dugliara, _____

FIRMA _____

| | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------|
| CENTRO DIURNO GINEVRA c/o Cdr Gasparini | DOMANDA DI INGRESSO | | Data 16.04.2019 Rev. 2.0 | Pagina 4 di 6 |
| | Protocollo n° _____ del _____ | | | |
| n° _____ | | registro lista d'attesa | | |

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

| | | | |
|---|---------------|------------------|-----------------|
| Anamnesi remota: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Diagnosi attuale | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| HbSAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Coprocultura <input type="checkbox"/> | | | |
| Terapia farmacologica in corso | | | |
| Farmaco | Orario | Posologia | Dosaggio |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Annotazioni aggiuntive | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|---|------------------|
| CENTRO DIURNO GINEVRA c/o Cdr Gasparini | DOMANDA DI INGRESSO | | Data 16.04.2019 Rev. 2.0 | Pagina 5 di 6 |
| | Protocollo n° _____ del _____ | n° _____ registro lista d'attesa | | |

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

| | |
|---|--|
| MEDICAZIONI | |
| Non necessarie | |
| Per ulcerazioni e distrofie cutanee | |
| Per catetere a permanenza o stomia | |
| Per ulcere da decubito | |
| NECESSITA DI PRESTAZIONI SANITARIE | |
| Buona salute | |
| Necessita di prestazioni sanitarie (non continuative) | |
| Necessita di prestazioni esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica) | |
| Necessita di prestazioni sanitarie continuative (terapie ev, cure mediche o infermieristiche quotidiane ecc) | |
| CONTROLLO SFINTERICO | |
| Presente | |
| Incontinenza urinaria o fecale episodica | |
| Incontinenza urinaria o fecale permanente | |
| Incontinenza totale | |
| DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI | |
| Assenti | |
| Disturbi cognitivi e/o comportamentali | |
| Disturbi cognitivi (non gestisce i propri compiti e necessità ma non presenta gravi e costanti BPSD) | |
| Frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e altri) | |
| FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE | |
| Comprende e si esprime normalmente | |
| Linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero | |
| Comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere concoerenza il suo pensiero | |
| Non comprende , non si esprime | |
| DEFICIT SENSORIALE | |
| normale | |
| Deficit correggibile colo con l'aiuto di protesi e/o occhiali | |
| Grave deficit non correggibile | |
| Cecità e/o sordità completa | |
| MOBILITA' | |
| Cammina autonomamente senza aiuto | |
| Cammina con ausili e con aiuto programmato o saltuario | |
| Si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con sedia a ruote | |
| Totalmente dipendente per le alzate e le mobilizzazioni | |
| ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA | |
| Totalmente indipendente | |
| Aiuto programmato o saltuario | |
| Aiuto quotidiano necessario ma parziale | |
| Totalmente dipendente | |

Timbro e firma del medico curante

| | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------|
| CENTRO DIURNO GINEVRA c/o Cdr Gasparini | DOMANDA DI INGRESSO | | |
| | Protocollo n° _____ del _____ | | Data 16.04.2019 |
| | n° _____ registro lista d'attesa | | Pagina 6 di 6 |
| | | | Rev. 2.0 |

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, i sottoscritti dichiarano di aver compiutamente ricevuto notizie ed informazioni in materia di protezione dei dati personali, sulle modalità e finalità dell'utilizzazione dei dati sensibili prestando ai delegati ampio consenso al trattamento degli stessi.

_____ ,

Firma

Garanzia

Io sottoscritt _____

nat a _____ il _____

residente a _____

Via _____

dichiaro

di garantire tutti gli obblighi verso l'Ente, CdR Gasparini assunti dal Sig. /ra

_____ con la sottoscrizione della domanda in data

_____ e mi impegno, a semplice richiesta della Direzione, a provvedere personalmente

al pagamento di quanto dovuto.

Pieve Dugliara, _____ Firma _____

I sottoscritti dichiarano che la presente ammissione è richiesta nell'ambito della struttura "Casa di Riposo" in ragione di ciò, essendo l'ospite autosufficiente, esentano espressamente da qualsivoglia responsabilità gli amministratori ed il personale dipendente della Casa di Riposo Giuseppe Gasparini per eventuali sinistri e danni a terzi che dovessero verificarsi al di fuori della stessa casa di riposo.

_____ ,

Firma

INFORMATIVA OSPITI E REFERENTI

Gentile utente/paziente,

la **Casa di Riposo G. Gasparini**, in qualità di Titolare del trattamento, con la presente Le fornisce, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali (o del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale), compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, effettuato in occasione dell'erogazione, da parte dei distinti reparti e in tempi diversi, delle prestazioni sanitarie richiesteci.

Identità del Titolare del trattamento e del Responsabile della protezione dei dati

Titolare del trattamento è la **Casa di Riposo G. Gasparini** con sede legale ed operativa in Loc. Pieve Dugllara, n.68/A – Rivergaro (PC).

Responsabile della Protezione Dati, designato ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16, è l'Ing. Alessandra Romani, contattabile all'indirizzo mail alessandra.romani@asiaservizi.it.

Finalità del trattamento

I Suoi dati personali saranno trattati, nel rispetto dei principi di indispensabilità, pertinenza e non eccedenza, esclusivamente per le seguenti finalità:

1. Erogazione di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, nonché espletamento di tutte le attività amministrative e gestionali strettamente correlate alle stesse;
2. Gestione amministrativa delle prestazioni sanitarie erogate;
3. Casi di emergenza sanitaria o rientrare tra gli altri casi quali l'impossibilità fisica, l'incapacità di agire o l'incapacità di intendere e volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal Responsabile della Struttura presso cui Lei dimora. In questi casi, come nell'ipotesi di rischio grave, imminente ed irreparabile per la Sua salute o incolumità fisica, di prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia, il "codice" consente il trattamento dei dati personali con somministrazione dell'informativa ed acquisizione del consenso anche successivamente alla prestazione, senza ritardo;
4. Utilizzo da parte Sua di tutti i servizi complementari richiesti, che fanno parte del contratto e dell'incarico che ci viene affidato in relazione della sua presenza quale ospite della Casa di Riposo;
5. Adempimento di ogni obbligo previsti da leggi, regolamenti e normative sia in ambito fiscale, sanitario, ecc. in relazione alla Sua presenza quale ospite della Casa di Riposo;
6. Disamina della domanda di ammissione al fine di utilizzare da parte Sua in tutto od in parte i servizi della Casa di Riposo.

Base giuridica del Trattamento

Il trattamento per le finalità di cui al punto 1 si fonda sul suo consenso Il trattamento per le finalità di cui ai punti 2, 3, 4, 5, 6 sono fondati sugli obblighi legalicui è soggetto il Titolare o sulla necessità di perseguire interessi pubblici nel settore della sanità pubblica.

Modalità del trattamento

I Suoi dati personali verranno trattati sia su supporto cartaceo che con l'utilizzo di strumenti informatici, previa adozione di tutte le necessarie e idonee misure di sicurezza, di tipo organizzativo, logico e fisico, finalizzate a garantirne la massima riservatezza e sicurezza.

Tempi di conservazione

I dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate saranno conservati per il tempo previsto dalla normativa vigente in materia sanitaria, ed in ogni caso per il tempo necessario a garantire, coerentemente con i termini di prescrizione ordinaria previsti dalla legge, il diritto del Titolare di agire o resistere in giudizio, ed il dovere del titolare di assolvere ad obblighi imposti da norme di legge.

Natura del conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali è indispensabile per poter fornire le prestazioni sanitarie richieste. Pertanto, il mancato consenso al loro trattamento per le finalità di cui ai precedenti punti 1 e 3 comporta, con l'eccezione delle situazioni di emergenza, la nostra impossibilità di erogarle.

Ambito di comunicazione e diffusione

Ai Suoi dati personali potranno accedere tutti coloro che a vario titolo prestano servizio presso la CASA DI RIPOSO G. GASPARINI, nella loro qualità di responsabile e/o incaricato del trattamento, nei limiti dei rispettivi ambiti del trattamento e dei relativi profili di autorizzazione.

I Suoi dati personali potranno, inoltre, essere comunicati a soggetti terzi, sia pubblici che privati, esclusivamente quando ciò sia previsto da una specifica norma di legge o regolamento.

I Suoi dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, non saranno mai oggetto di diffusione.

Trattamento dei dati personali effettuato mediante il dossier sanitario

Al fine di migliorare il Suo processo di cura, la CASA DI RIPOSO G. GASPARINI intende costituire - attraverso la condivisione informatica dei dati e dei documenti clinici relativi alle prestazioni diagnostiche, ambulatoriali e di ricovero, che Le abbiamo fornito nel corso del tempo - il Suo dossier sanitario in grado di documentare parte della Sua storia clinica.

L'utilità della costituzione del Suo dossier sanitario consiste nel rendere disponibile ai professionisti sanitari che operano nei diversi reparti della Struttura, un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che La riguardano, la cui conoscenza può contribuire a migliorare i processi di diagnosi, cura e riabilitazione.

Al fine di consentirLe di poter esprimere un specifico, autonomo e libero consenso alla costituzione e all'utilizzo del Suo dossier sanitario, Le forniamo le seguenti ulteriori informazioni:

- il consenso alla costituzione del proprio dossier sanitario è facoltativo e, una volta manifestato, può essere revocato in qualsiasi momento. Il mancato consenso, o la sua successiva revoca, non avranno conseguenze negative sulla possibilità da parte Sua di poter usufruire delle prestazioni sanitarie che ci ha richiesto.
- in caso di mancato consenso alla costituzione del dossier sanitario, o della sua successiva revoca, i Suoi dati personali rimarranno disponibili solamente ai professionisti sanitari del reparto che li ha prodotti e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non saranno visibili da parte dei professionisti degli altri reparti;
- il Suo dossier sanitario potrà essere consultato, a seguito del Suo consenso, dai professionisti sanitari che operano all'interno dei diversi reparti della Struttura, nel momento in cui La prenderanno in cura e solo per il periodo di tempo legato alla durata della stessa;
- il Suo dossier sanitario potrà essere consultato, anche senza il Suo consenso, ma nel rispetto dell'autorizzazione generale del Garante privacy, qualora ciò sia ritenuto indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività;
- fermo restando l'indubbia utilità per i professionisti sanitari che l'avranno in cura di poter consultare il Suo dossier sanitario il più possibile completo, Lei ha comunque il diritto di far oscurare in esso alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici, senza che tale Sua libera scelta abbia conseguenze negative sulla possibilità di poter usufruire delle prestazioni sanitarie richieste. L'eventuale oscuramento dell'evento clinico, revocabile nel tempo, avverrà con modalità tali da non consentire ai professionisti sanitari che l'avranno in cura, di venire a conoscenza di tale Sua scelta;
- l'inserimento nel Suo dossier sanitario anche dei dati e dei documenti relativi ad eventi clinici avvenuti prima della costituzione dello stesso, avverrà solo sulla base di un Suo specifico ed ulteriore consenso.
- i dati e i documenti riguardanti prestazioni sanitarie rese a soggetti per i quali la legge dispone una maggiore tutela dell'anonimato - quali quelle rese a persone HIV sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool; a donne che si sottopongono ad interruzione volontaria della gravidanza o che scelgono di partorire in anonimato ovvero a quelle rese in occasione di atti di violenza sessuale o di pedofilia o da parte dei consultori familiari - non saranno accessibili mediante il dossier sanitario.

Diritti dell'utente/paziente

Nella Sua qualità di interessato, Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dal Regolamento, quali ad esempio accedere ai Suoi dati personali, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco nei casi di trattamento in violazione di legge, nonché opporsi in tutto o in parte al loro trattamento per motivi legittimi, chiederne la portabilità.

Con riferimento al trattamento dei Suoi dati personali effettuato mediante il dossier sanitario Lei può, inoltre, ottenere l'indicazione dei criteri utilizzati nell'elaborazione elettronica dei dati, nonché chiedere di conoscere quali siano stati gli accessi al Suo dossier sanitario.

Per esercitare i su menzionati diritti, ivi compresi quelli relativi al dossier sanitario, potrà proporre istanza al Titolare del trattamento al seguente indirizzo mail: info@cdrgasparini.it oppure al Responsabile Protezione Dati al seguente indirizzo mail: alessandra.romani@asiaservizi.it.

Reclamo

Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

Trasferimento dei dati

Il Titolare del trattamento non trasferisce i dati personali in paesi terzi o a organizzazioni internazionali.

Tuttavia, si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud; nel qual caso, i fornitori dei servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR 679/16.

Processi decisionali automatizzati

Il Titolare non effettua trattamenti che consistano in processi decisionali automatizzati sui dati dei clienti persone fisiche, o delle persone fisiche che operano in nome e per conto dei clienti persone giuridiche.

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a _____, Garante/Referente/Amministratore di sostegno dell'Ospite _____. In relazione all'informativa che avete fornito, esprime il consenso previsto dal D. Lgs. 196/2003 e dal Reg. UE 679/2016 in relazione al trattamento dei dati personali da parte della Vostra società per le finalità connesse o strumentali al rapporto contrattuale, nonché il consenso alla comunicazione e alla diffusione dei dati ai soggetti elencati nell'informativa.

si presta inoltre il proprio consenso

- per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

Sì

No

- per la comunicazione dei dati indicati nell'informativa a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate

Sì

No

– per la diffusione dei dati nell’ambito indicato nell’informativa

Si

No

– per la realizzazione di fotografie, video o altri materiali audiovisivi contenenti la mia immagine, il nome e/o la voce, all’interno delle attività di animazione avvenute durante la permanenza presso la Casa di Riposo G. Gasparini, e la successiva pubblicazione dei suddetti materiali sul sito internet dell’Istituto all’indirizzo www.casadiriposogasparini.it sulle pagine Social.

Si

No

Si esprime altresì il proprio impegno a comunicare tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in Vostro possesso.

I sottoscritti confermano di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

L’Ospite:

NOME E COGNOME _____ Firma _____

Il Garante e/o Persona di riferimento:

NOME E COGNOME _____ Firma _____