

MODULISTICA DELLA CASA DI RIPOSO A CORREDO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**
“FONDAZIONE G. FABRICIO”
 Via Villa Dote n. 17
 33090 CLAUZETTO (PN)

Oggetto: **richiesta di ammissione in Casa residenziale per anziani.**

Dati anagrafici della persona richiedente o per la quale si chiede l’ammissione:

l sottoscritt_		COGNOME:			NOME:		
nat_ a	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	il	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
residente a	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)		TELEFONO
Stato civile	INDICARE LO STATO CIVILE		COGNOME DEL CONIUGE		NOME DEL CONIUGE		
Documento d’identità:	NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D’IDENTITA			RILASCIATO DA:		DATA DEL RILASCIO	

Dati anagrafici di altra persona richiedente:

l sottoscritt_		COGNOME:			NOME:		
nat_ a	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	il	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
residente a	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)		TELEFONO
Stato civile	INDICARE LO STATO CIVILE		COGNOME DEL CONIUGE		NOME DEL CONIUGE		
Documento d’identità:	NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D’IDENTITA			RILASCIATO DA:		DATA DEL RILASCIO	

che agisce a nome e per conto della persona della quale si chiede l’ammissione in Casa in qualità di:

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Procuratore	<input type="checkbox"/> Figlio/a	<input type="checkbox"/> _____
---	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

CHIEDE

L’accoglimento presso codesta Casa,

ovvero l’accoglimento del __ Sig. __

COGNOME:	NOME:
----------	-------

Con alloggiamento in camera	<input type="checkbox"/> a due o tre posti letto	<input type="checkbox"/> singola
-----------------------------	--	----------------------------------

A tal fine si impegna:

1. a comunicare tempestivamente eventuali rinunce;
2. ad osservare il Regolamento della Casa;
3. ad accettare eventuali provvedimenti motivati di dimissione.

Dichiara

1. di avere preso atto dell’ammontare della retta giornaliera di degenza;
2. di garantire che tale retta ed i suoi eventuali aumenti sarà corrisposta da *(nome, cognome e relazione di parentela)* _____ come da regolare impegnativa prodotta contestualmente alla presente;
3. ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di avere ricevuto dalla Casa di Riposo di Clauzetto completa informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei medesimi ed in particolare di quelli considerati sensibili dall’art. 4, comma 1, lettera d del medesimo Decreto, o che possano costituire oggetto di trattamento per le finalità di una corretta gestione dei rapporti intercorrenti con la Casa di Riposo, Consulenti, Enti Previ-

denziali ed Assistenziali, Istituti di Credito, Enti Pubblici Nazionali, Regionali e Provinciali, eccetera, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell'informativa.

Comunica

i seguenti nominativi ed indirizzi di famigliari e/o conoscenti ai quali l'Ente può rivolgersi in caso di necessità:

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Relazione di parentela</i>	<i>Indirizzo</i>	<i>Telefono</i>

Dichiara

- di confermare l'impegnativa preliminare di spesa sottoscritta il _____

ALTRA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Impossibilitato a firmare per:	Teste:	
	Teste:	

IMPEGNATIVA PRELIMINARE

Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**
"FONDAZIONE G. FABRICIO"
Via Villa Dote n. 17
33090 CLAUZETTO (PN)

l sottoscritt_		COGNOME:			NOME:		
nat_ a	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	il	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	
residente a	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)		TELEFONO	
Stato civile	INDICARE LO STATO CIVILE		COGNOME DEL CONIUGE		NOME DEL CONIUGE		
Documento d'identità:	NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITÀ			RILASCIATO DA:	DATA DEL RILASCIO		

in relazione alla domanda di ammissione del__ Sig.___

		COGNOME:			NOME:		
nat_ a	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	il	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	
residente a	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)		TELEFONO	

si obbliga per sé e per gli eredi

1. a corrispondere mensilmente la retta di degenza in vigore per l'Ospite su indicat_, entro i primi giorni di ogni periodo, nonché tutti gli aumenti della predetta retta giornaliera di degenza che verranno stabiliti dal Consiglio di amministrazione della Casa di Riposo;
2. al pagamento delle eventuali spese medicinali e cure particolari da prestarsi all'Ospite medesimo;
3. al pagamento delle spese di accompagnamento per visite specialistiche ed indagini diagnostico-strumentali fuori sede;
4. a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'Ospite in parola su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente;
5. a provvedere tempestivamente per le onoranze funebri in caso di decesso dell'Ospite presso codesta Casa di Riposo.
6. a stipulare il contratto di ospitalità all'atto dell'ammissione dell'Ospite

Dichiara

- che quanto sopra avrà effetto dalla data di ammissione del__ ricoverand__;
- che l'impegnativa sarà valida per tutta la durata della degenza dell'Ospite in parola.

Data _____

Firma _____

Documento di riconoscimento :

Tipo _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____

Il Funzionario ricevente _____



Parrocchia San Martino Vescovo e Sacro Cuore di Gesù

CASA DI RIPOSO FONDAZIONE G. FABRICIO

Via Villa Dote 17 - 33090 CLAUZETTO (PN)

Informativa agli Ospiti ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Le comunichiamo che, per l'instaurazione e la gestione della sua assistenza, questo Ente entrerà in possesso di dati personali Suoi e dei Suoi familiari dal momento della presentazione della domanda di ammissione.

La informiamo pertanto che, in base all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, tali dati saranno trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici e telematici per la gestione dei rapporti con questo Ente, con gli Enti di previdenza ed assistenza, con l'Amministrazione dello Stato, con la Regione, la Provincia, il Comune, con gli Istituti di Credito per il pagamento delle rette di degenza, nonché con le altre Persone ed Enti preposti al fine di adempiere a tutti gli obblighi legali, contrattuali, fiscali, sanitari, assistenziali e statistici connessi.

Il conferimento dei dati è doveroso per quanto è richiesto dai predetti obblighi e pertanto, l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può comportare l'impossibilità per l'Ente di dare esecuzione all'ammissione, o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti connessi al rapporto di assistenza.

L'Ente potrà trattare dati che il Decreto succitato definisce "sensibili" (art. 4, comma 1, lettera d)) in quanto idonei in particolare a rilevare lo stato di salute della persona assistita.

Tutti i dati predetti e gli altri costituenti il Suo rapporto d'assistenza con questo Ente verranno conservati anche dopo la cessazione del rapporto medesimo e per l'espletamento di tutti i residui adempimenti.

Salvo che per la gestione sanitaria, di competenza del Suo Medico di fiducia che compilerà un diario clinico soggetto al segreto professionale, Titolare del Trattamento è la **Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio** con sede in Clauzetto (PN), il Responsabile del trattamento e della protezione dei Suoi dati personali è il Sig. Gerometta Italo José.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, che per sua comodità riproduciamo integralmente:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il Responsabile del Trattamento dati
Gerometta Italo José

Consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi dell'articolo 23 del D.L.gs. 196/2003

Il/La sottoscritto/a.....in conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 30.06.2006 n.196, dichiara di essere informato sul trattamento dei dati personali forniti e dà il proprio consenso alle predette comunicazioni e ai trattamenti realizzati da tali soggetti utilizzati ai soli fini indicati nell'informativa, consapevole che, in mancanza del proprio consenso, la Casa di Riposo non potrà dare esecuzione né mantenere il rapporto con l'interessato medesimo.

- Per quanto riguarda il consenso a comunicare il proprio status a parenti e visitatori da parte della Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio.

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

- Per quanto riguarda l'esposizione della propria immagine e/o del proprio nominativo sulla porta della camera, nelle locandine delle feste di compleanni, nelle tabelle con indicazioni per diete e prestazioni da parte della Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio.

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

Si intende comunque confermato il proprio consenso alla possibilità di effettuare fotografie durante le feste di compleanno da parte degli Animatori.

Inoltre indica quale medico designato per la comunicazione dei dati idonei a rilevare il proprio stato di salute Il/la Dott/Dott.ssa _____

Clauzetto, data

L'interessato per consenso

Consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi dell'articolo 23 del D.L.gs. 196/2003 non prestato dall'interessato per incapacità

Il/La sottoscritto/a

In qualità didel Sig/Sig.ra.....

fa presente che le condizioni psico/fisiche del/la suddetto/a non sono tali da consentire l'informazione diretta per cui, per conto del medesimo,

Clauzetto, data

L'interessato per consenso