



Motivo della domanda

- Persona non autonoma
 Vive solo/a
 Alloggio non idoneo
 Difficoltà familiari
 Altro (specificare): _____

Urgenza inserimento

- Estrema Ordinaria Inserimento in lista di attesa

Interessato a tempo indeterminato

SI

NO

Interessato a tempo determinato

dal: ____/____/____ al: ____/____/____

Provenienza:

- domicilio altra RSA Ospedale

- Se non proviene dal domicilio, specificare (Nome Istituto e località)

- Medico di riferimento: _____

Parenti, amici o altre persone riferimento

Sig./ra: _____ Tel.: _____ cell.: _____

Sig./ra: _____ Tel.: _____ cell.: _____

Se: Inabilitato Interdetto Amm.re di sostegno

Recapito del Curatore, del Tutore o dell'Amm.re di sostegno:

Sig./ra: _____ Tel.: _____ cell.: _____

Residente a: _____ Prov. (____)

Indirizzo: _____ n°: _____ CAP: _____



Stato Civile e nucleo familiare

celibe/nubile separato/a vedovo/a coniugato/a divorziato/a

n° figli: _____ di cui maschi: _____ femmine: _____

vive solo/a vive con il coniuge vive con i figli altro

Lutti familiari: _____

Situazione economica e agevolazioni assistenziali

Pensionato: SI NO

nessuna posizione

anzianità/vecchiaia

reversibilità

sociale

guerra

infortunio sul lavoro

Invalidità: _____%

altro: _____

Indennità di accompagnamento: SI NO domanda in corso dal: ____/____/____

Esenzione dal ticket: SI n°: _____ NO

Rete sociale

Parenti conviventi (se in precedenza dichiarati): _____

Parenti non conviventi (amici - vicini di casa): _____

Storia della persona: _____

Eventi significativi nella vita: _____



Abitudini: _____

Elementi non graditi (che causano avversione e/o irritabilità nella persona): _____

Scolarità e linguaggio

analfabeta Lic. Elementare Lic. media Diploma Laurea

parla Italiano parla prevalentemente il dialetto: _____

altro: _____

Dati socio-culturali e professionali

Attività lavorative esercitate: _____

Impegno sociale (Parrocchia, volontariato, associazionismo, etc.): _____

Altri interessi (hobby, tempo libero, sport, etc.): _____



Informazioni sull'autonomia della persona

La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado. Richiede la completa assistenza in tutte le manovre
- E' parzialmente autonoma, ma per una o più fasi del trasferimento necessita l'assistenza
- E' necessaria la presenza di una persona per dare fiducia e garantire la necessaria sicurezza
- E' completamente autonoma

La persona è capace di camminare per brevi tratti ?

- No, non è in grado
- E' parzialmente in grado, ma necessita l'assistenza di una o più persone
- E' necessaria la presenza di una persona per dare fiducia e garantire la necessaria sicurezza
- E' completamente autonoma (anche con bastone o altro ausilio)

La persona è capace di manovrare da sola la sedia a rotelle ?

- No, non è in grado
- E' parzialmente in grado, ma necessita l'assistenza di una persona
- E' necessaria la presenza di una persona per dare fiducia e garantire la necessaria sicurezza
- E' in grado

La persona è in grado di provvedere alla propria igiene ?

- No, non è in grado e richiede la totale assistenza
- E' parzialmente in grado, ma necessita l'assistenza di una o più persone
- E' necessaria la presenza di una persona per dare un minimo di assistenza
- E' in grado

La persona è in grado di alimentarsi autonomamente ?

- No, non è in grado deve essere imboccato o è nutrito per via enterale o parenterale
- E' parzialmente in grado, ma necessita l'assistenza di una persona
- E' necessaria la presenza di una persona per dare un minimo di assistenza
- E' completamente autonoma

La persona è confusa ?

- Sì
- In alcune occasioni appare chiaramente confusa
- Appare confusa ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio
- E' in grado di pensare chiaramente e ha normali contatti con l'ambiente

La persona è irritabile ?

- Sì
- Si irrita facilmente anche per atteggiamenti non provocatori
- E' sempre calma

La persona è fisicamente irrequieta ?

- Sì, è incapace di stare ferma anche per brevi periodi e cammina incessantemente
- E' irrequieta e non riesce a stare seduta, contorce le mani, gesticola e tocca gli oggetti a portata di mano
- No, non presenta nessun segno di irrequietezza motoria



Altre informazioni sociali

Autonomia nelle attività

- | | | | | |
|---|----------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| • | Usare il telefono | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • | Fare acquisti | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • | Cucinare | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • | Pulizie ambiente | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • | Usare i mezzi | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • | Assumere farmaci | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |
| • | Usare/gestire denaro | <input type="checkbox"/> Non in grado | <input type="checkbox"/> Necessita aiuto | <input type="checkbox"/> Autonomo |

Si allega "informativa privacy per l'utente degente" in attuazione del Regolamento Europeo 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati, GDPR)

INFORMATIVA PRIVACY PER UTENTE DEGENTE



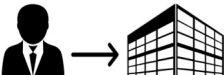

Gentile interessato _____

(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)









eventualmente rappresentato legalmente da _____

(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO E RUOLO)

desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR") prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Don Vittorio Dattrino S.p.a.**, in qualità di "Titolare" del trattamento, ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

	A. CATEGORIE DI DATI: oggetto del trattamento possono essere i suoi dati personali quali dati identificativi, anagrafici, di contatto, contabili, dati sanitari (ad es. certificati di malattia, esiti di visite mediche, cartella clinica, ecc.).
	B. TITOLARE DEL TRATTAMENTO: il titolare del trattamento è Don Vittorio Dattrino S.p.a., Via Fratelli Barberis, n. 17, 13040 Saluggia (VC), P.IVA 02040010023 , contattabile telefonicamente allo 0161.480146 o alla mail info@dondattrino.it
	C. FONTE DEI DATI PERSONALI: i dati personali in possesso del Titolare sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.
	D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA: i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità: <ul style="list-style-type: none">• Finalità connesse ad obblighi di legge: adempimenti contabili, fiscali, amministrativi, comunicazioni obbligatorie ad enti pubblici• Per finalità legate alla sussistenza di un interesse legittimo da parte del Titolare: Videosorveglianza. Alcuni ambienti della struttura sono soggetti a videosorveglianza per ragioni di sicurezza e salvaguardia del patrimonio aziendale e sono segnalate da appositi cartelli con l'immagine stilizzata di una telecamera.• Finalità contrattuali: Amministrazione. Espletamento dei compiti gestionali, amministrativi ed organizzativi necessari all'espletamento dei servizi ambulatoriali erogati;• Finalità di cura che non richiedono il consenso ai sensi dell'art.9 paragrafo 2 lettere h) e i) e 3 del GDPR e dell'art. 75 e 2 septies del D.Lgs 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 ed ai sensi del provvedimento del Garante n. 55 del 7 marzo 2019:<ul style="list-style-type: none">- Diagnosi e cura. Svolgimento dell'attività diagnostica e realizzazione delle terapie necessarie;- Predisposizione progetto. Raccolta preliminare di informazioni e predisposizione di un progetto sanitario o socioassistenziale individualizzato, che preveda la globalità del trattamento oggetto di intervento, con contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico, educativo/riabilitativo;- Realizzazione progetto. Realizzazione, previa condivisione ed accettazione sulla modalità di trattamento, di un progetto individualizzato, attuato anche con l'impiego di equipe operativa e riabilitativa pluridisciplinare formata da persone dell'area medico specialistica, psicologica, riabilitativo/educativa, del servizio sociale e dell'assistenza;- Invio per esami/visite specialistiche e ritiro referti. Invio dell'ospite o dei suoi dati presso terzi (laboratori, ospedali, cliniche, ...) per l'effettuazione di esami clinici di vario tipo e/o esami diagnostici, come visite specialistiche, a cui potrà essere sottoposto l'interessato nell'ambito delle terapie effettuate e ritiro degli esiti degli stessi (referti) da parte di appositi incaricati dell'ente.• Finalità basate sul suo esplicito consenso:<ol style="list-style-type: none">1. Realizzazione di riprese video-fotografiche e registrazioni audio per documentare le attività ricreative svolte con l'interessato nell'ambito dei progetti e delle iniziative curate dall'istituto.2. Usò dati interno. Utilizzo, all'interno dei locali dell'istituto, di riprese video-fotografiche e registrazioni audio per documentare le attività ricreative svolte con l'interessato nell'ambito dei progetti e delle iniziative curate dall'istituto.3. Usò dati esterno. Comunicazione ai parenti degli ospiti di riprese video-fotografiche e registrazioni audio per documentare le attività ricreative svolte con l'interessato nell'ambito dei progetti e delle iniziative curate dall'istituto.

INFORMATIVA PRIVACY PER UTENTE DEGENTE

	E. DESTINATARI DEI DATI: nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate, i Suoi dati potranno essere comunicati, se del caso, ad altri soggetti connessi alle attività di trattamento, interni ed esterni al Titolare, quali dipendenti ed assimilati, collaboratori, consulenti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I Suoi dati non saranno in alcun modo oggetto di diffusione.
	F. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI: i dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi al di fuori dello Spazio Economico Europeo.
	G. PERIODO DI CONSERVAZIONE: i dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati (" <i>principio di limitazione della conservazione</i> ", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
	H. DIRITTI DELL'INTERESSATO: l'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.
	I. OBBLIGATORIETA' O MENO DEL CONFERIMENTO: il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per poter erogare i servizi. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di accogliere l'ospite in struttura e la mancata prosecuzione del rapporto.
	J. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI: i dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Titolare. I dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo (es. sistemi in cloud, sistemi di archiviazione e conservazione sostitutiva digitale, ...), nel rispetto di adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza previste dal GDPR.
	K. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.: il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O. contattabile via mail all'indirizzo dondattrino@segnalazionidpo.it .
	L. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI: Non sono previsti processi decisionali automatizzati.

INFORMATIVA PRIVACY PER UTENTE DEGENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa ed esprimo il mio libero ed informato consenso al trattamento dei miei dati personali; per gli altri punti legati a consenso dichiaro quanto segue:

1. Realizzazione di riprese video-fotografiche e registrazioni audio per documentare le attività ricreative svolte con l'interessato nell'ambito dei progetti e delle iniziative curate dall'istituto.
 Acconsento al trattamento dei dati **Non acconsento al trattamento dei dati**
2. **Uso dati interno.** Utilizzo, all'interno dei locali dell'istituto, di riprese video-fotografiche e registrazioni audio per documentare le attività ricreative svolte con l'interessato nell'ambito dei progetti e delle iniziative curate dall'istituto.
 Acconsento al trattamento dei dati **Non acconsento al trattamento dei dati**
3. **Uso dati esterno.** Comunicazione ai parenti degli ospiti di riprese video-fotografiche e registrazioni audio per documentare le attività ricreative svolte con l'interessato nell'ambito dei progetti e delle iniziative curate dall'istituto.
 Acconsento al trattamento dei dati **Non acconsento al trattamento dei dati**

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, presta il proprio consenso quale interessato al trattamento dei dati anche in occasione di future prestazioni socio-sanitarie assistenziali, sino ad eventuale revoca da parte mia.

Luogo e Data: _____ **Firma leggibile dell'interessato** _____

Nota bene: se l'interessato è soggetto ad impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere e quindi non può apporre la firma, la stessa è resa, per conto dell'interessato, essendo consapevole delle conseguenze civili e penali per le informazioni rilasciate, di cui si assume esclusiva e personale responsabilità, da chi dispone della responsabilità legale [(specificare: amministratore di sostegno tutore curatore genitore (per i minori) altro _____ (prossimo congiunto familiare, convivente o unito civilmente ovvero a un fiduciario ai sensi dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)].

Firma di chi rappresenta legalmente l'interessato _____

Firma di chi rappresenta legalmente l'interessato _____