

**AMMISSIONE AL
CENTRO DIURNO INTEGRATO
MODULO DI RICHIESTA**

1. DATA DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA: __ / __ / __

2. GENERALITÀ DELLA PERSONA DI CUI SI CHIEDE L'AMMISSIONE

Nome e cognome _____ **nato/a a** _____ **il** __ / __ / __

Residente a _____ **in via** _____

Recapiti (telefono, e-mail): _____

Codice fiscale: _____

Medico di medicina generale: dr. _____

Stato civile:

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

Composizione nucleo familiare:

☐ solo/a ☐ familiare convivente ☐ badante ☐ familiare convivente e badante

Figli: nr. __ di cui maschi nr. __ femmine nr. __

Forme di tutela:

☐ nessuna ☐ amm.re di sostegno ☐ curatore ☐ tutore

Motivo della richiesta:

- ☐ solitudine
☐ la famiglia non è in grado di provvedere altrimenti
☐ l'alloggio non è idoneo
☐ difficoltà nelle attività quotidiane
☐ altro _____

Iniziativa della richiesta:

- ☐ la stessa persona
☐ familiare o affine
☐ assistente sociale o altri servizi
☐ amministratore di sostegno / tutore
☐ medico
☐ altro _____

La persona:

- ☐ vive sola
- ☐ vive con l'assistente familiare (badante)
- ☐ vive con familiari/conviventi
- ☐ vive con familiare disabile, parzialmente non autosufficiente, anziano
- ☐ vive con familiari/conviventi e assistente familiare (badante)

La persona attualmente usufruisce di:

- ☐ servizi sociali (SAD, telesoccorso, pasti...)
- ☐ assistenza domiciliare integrata (ADI, buono/voucher sociale...)
- ☐ RSA Aperta
- ☐ assistente familiare (badante)
- ☐ supporto di vicinato
- ☐ supporto di volontariato
- ☐ Altro _____

Carico assistenziale al momento della richiesta:

- ☐ autonomo
- ☐ meno di 2 ore/dì
- ☐ tra 2 e 5 ore/dì
- ☐ più di 5 ore/dì

3. TIPOLOGIA DI FREQUENZA

Dal lunedì al sabato compresi, a esclusione delle festività.

(contrassegnare con **X** la frequenza richiesta)

Tempo pieno (09,00 – 17,00) Pranzo incluso	
Tempo parziale mattutino (09,00 – 13,00) Pranzo incluso	
Tempo parziale pomeridiano (13,00 – 17,00) Pranzo escluso	



FONDAZIONE LUCINI CANTÙ ETS
Via S. Martino della Battaglia, 21 (25038) Rovato (BS) | 030.7722095

4. GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA RICHIESTA DI AMMISSIONE

Nome e cognome _____ nato/a a _____ il __ / __ / ____

Residente a _____ in via _____

Recapiti (telefono, e-mail): _____

in qualità di

- ☐ Interessato
- ☐ Familiare (specificare grado di parentela) _____
- ☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)

Si allegano:

- **scheda di valutazione CIRS** (Cumulative Index Rating Scale, a cura del Medico di Medicina Generale);
- **copia della carta di identità e tessera sanitaria** della persona di cui si chiede l'ammissione;
- **copia della carta di identità e tessera sanitaria** della persona che presenta la richiesta di ammissione;

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, nell'avanzare la presente si dichiara che la persona di cui si richiede l'ammissione è nata in data e luogo sopra riportati ed è residente nel luogo sopra riportato.

Rovato, _____

Firma: _____



FONDAZIONE LUCINI CANTÙ ETS
Via S. Martino della Battaglia, 21 (25038) Rovato (BS) | 030.7722095

INFORMATIVA UTENTI

Ai sensi del Reg. EU/ 2016/ 679 e D. Lgs. 196/ 2003 e ss. mm.

Gentile Ospite,

con la presente desideriamo informarLa che il **Titolare del trattamento dei dati personali**, ex art. 12 e 13 del Reg. UE 2016/679, nell'esercizio della propria attività, ai sensi della D.G.R. Lombardia n. 2569/2014, raccoglierà e tratterà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici i Suoi dati personali con finalità di tutela della salute e per lo svolgimento di attività amministrative correlate alle prestazioni di erogazione di servizi sociosanitari.

Titolare del trattamento dei dati personali è: la **FONDAZIONE LUCINI CANTÙ ETS**, con sede in (25038) Rovato (BS), Via S. Martino della Battaglia, 23, recapito telefonico 030/7722095, e-mail: segreteria@fondazione-lucinicantu.org.

1. SCOPI DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI

- a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsiasi altro servizio socio sanitario erogato in RSA;
- b) attività amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati;
- c) attività di certificazione, di denuncia e di referto, di prescrizione, di compilazione della documentazione clinica e dei registri;
- d) attività di recupero crediti, di verifica della esenzione dal pagamento della retta e di controllo della congruità delle prestazioni erogate;
- e) attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti;
- f) attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente attraverso una rete di comunicazione elettronica, per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili, protesi e gestione della cronicità), anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- g) attività finalizzate a promuovere e pubblicizzare l'attività dell'ente quali, a titolo esemplificativo, la pubblicazione di immagini di vita quotidiana all'interno della struttura.

2. DELEGATO INTERNO DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il soggetto interno deputato all'interfaccia con l'utente in materia di trattamento dei dati personali è il Sig. GIANMARCO SBARAINI, reperibile al seguente contatto mail: privacy@fondazione-lucinicantu.org - telefono: 030.7722095, presso la sede direzionale della scrivente.

3. MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.

La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati al fine di garantire l'assistenza sociosanitaria tipica della RSA ovvero per svolgere le attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore. Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.

Il trattamento dei dati può avvenire anche mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica, per il cui utilizzo sarà eventualmente richiesta una manifestazione espressa e specifica di consenso da parte dell'interessato.

4. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati di natura sanitaria saranno conservati illimitatamente, in ottemperanza alle vigenti normative nazionali. I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati. Il dettaglio dei periodi di conservazione è reperibile presso il delegato interno.

5. NATURA DEL CONFERIMENTO

L'interessato o chi lo rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore) è tenuto a conferire obbligatoriamente i dati indispensabili al perseguimento delle finalità di cura della salute, di cui al punto 1 lett. a)b)c)d)e)f), al fine di poter ottenere la/le prestazione/i richiesta/e.

Per la finalità di cui al punto 1), lett. g), il conferimento non è obbligatorio al perseguimento delle finalità di cura della salute.

6. CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI O DEL MANCATO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al trattamento per le finalità di tutela della salute, di cui al punto 1 lett a)b)c)d)e)f), rende impossibile l'accesso in RSA, per cui quest'ultima informa che in caso di diniego al trattamento non potrà erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante il ricovero, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

Il mancato consenso al trattamento per le finalità di cui al punto 1) lett g) e non preclude la fornitura dei servizi richiesti.

7. CONOSCIBILITÀ DEI DATI

I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi. I dati di salute sono trattati dal personale appositamente incaricato, che opera sotto il controllo del titolare e dei responsabili, e possono essere comunicati, per finalità di tutela della salute, previo consenso dell'interessato, ai seguenti soggetti:

- Medici specialisti
- Organismi sanitari pubblici e privati
- Aziende che operano sull'ospite sia per l'assistenza sia per la ristorazione
- Istituti assicurativi
- ATS, Regione Lombardia, NAS
- Agenzia delle Entrate

I dati di salute e i dati amministrativi correlati possono essere comunicati - sempre previo consenso - a familiari, prossimi congiunti o terzi legittimati, espressamente indicati e identificati dall'interessato, come indicato di seguito.

8. EVENTUALE TRASFERIMENTO TRANSFRONTALIERO DEI DATI

La modalità non è prevista.

9. PROFILAZIONE

All'ingresso in RSA è obbligo gravante sull'erogatore effettuare una profilazione dell'ospite all'interno delle c.d. "Classi SOSIA" mediante processi decisionali informatizzati secondo la normativa regionale vigente per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare.

L'RSA utilizza criteri simili per stabilire la retta di soggiorno degli ospiti. Eventuali processi decisionali informatizzati derivanti sul suo stato di salute possono essere utilizzati dal personale sanitario e possono avere incidenza sul versante economico se questi modificano la Classe/profilazione.

10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato ha il diritto di accesso ai dati personali in ogni momento, chiederne la rettifica, qualora non corretti o non aggiornati, chiedere la cancellazione dei dati ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano; il titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

L'interessato non può opporsi al trattamento dei dati sanitari perché hanno conservazione illimitata.

La portabilità dei medesimi dati non è possibile per i medesimi motivi.

L'interessato può, invece, chiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.



FONDAZIONE LUCINI CANTÙ ETS
Via S. Martino della Battaglia, 21 (25038) Rovato (BS) | 030.7722095

L'interessato ha, altresì, il diritto alla revoca del consenso al trattamento dei dati in qualsiasi momento, consapevole che la conseguenza sarà l'interruzione immediata della presa in carico da parte della RSA, fermi in ogni caso gli obblighi di legge in capo al Titolare riguardo la conservazione dei dati acquisiti.

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo.

Il contenuto e il significato di legge dei predetti diritti sono a disposizione sul sito internet istituzionale della RSA allegati alla informativa.

Rovato, lì _____

Per il Titolare,
f.to Il Delegato interno
Gianmarco Sbaraini



FONDAZIONE LUCINI CANTÙ ETS
Via S. Martino della Battaglia, 21 (25038) Rovato (BS) | 030.7722095

CONSENSO DELL'UTENTE

Il sottoscritto

Nome e cognome _____ nato/a a _____ il __ / __ / ____

Residente a _____ in via _____

Recapiti (telefono, e-mail): _____

Codice fiscale: _____

in qualità di

- ☐ Interessato
- ☐ Familiare (specificare grado di parentela) _____
- ☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)

dichiara

di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Acconsente,

inoltre, a che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e del proprio stato di salute a :

- ☐ Coloro che lo richiedono indistintamente
- ☐ Esclusivamente ai soggetti indicati _____

- ☐ Nessuno

Data

L'interessato o rappresentante legale

Nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente, autorizza ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

- ☐ Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori
- ☐ Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura
- ☐ Non autorizza

Data

L'interessato o rappresentante legale

Il Dichiarante esprime altresì il (☐) **CONSENSO** (☐) **DINIEGO** al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Data

L'interessato o rappresentante legale
