

DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA

ai sensi della DGR n.X/7769 del 17/01/2018

All'Ente Gestore della RSA _____

(Denominazione struttura ed indirizzo)

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig/La Sig.ra _____

(Cognome e Nome)

Data di nascita ____/ ____/ ____ Età ____ Luogo di nascita _____prov.(____)

Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____

residente in _____prov. (____) CAP _____

via _____n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____prov. (____) CAP _____

via e n° _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA**(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)**

Cognome _____ Nome _____

residente in _____prov. (____) CAP _____

via _____n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

CHIEDEl'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

1. di non beneficiare/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;
2. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete sociosanitaria ;
3. di non avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta
4. di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D. Lgs. 196/2003, nonché di aver avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno natura di dati sensibili e acconsento al trattamento dei miei dati con modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa;
5. di disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana e, di seguito, indica i relativi dati anagrafici e i recapiti:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

cell _____ eventuale indirizzo e-mail _____

grado di parentela _____ ☐ convivente ☐ non convivente

ALLEGA

- ☐ Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- ☐ Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- ☐ Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- ☐ di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- ☐ di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...): _____
- ☐ di essere amministratore di sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- ☐ di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina _____)
- ☐ di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

Luogo e data: _____

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (c.d. GDPR) e del D.lgs 196/2003 per quanto applicabile, La preghiamo di esprimere specifico consenso al trattamento dei dati relativi alla salute nella formula qui indicata.

Il/la sottoscritto/a _____

Dichiara di essere stato edotto in merito al trattamento dei dati personali

Acconsente al trattamento dei dati personali e sanitari, nonché di quanto risulterà in funzione delle prestazioni sanitarie che gli verranno fornite.

Relativamente ai dati sanitari acconsente che di essi possa essere data comunicazione:

- ☐ Solo al lui stesso in quanto direttamente interessato
- ☐ A lui stesso e a _____, in qualità di _____
- ☐ Solo a _____

Data _____

In fede

Ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (c.d. GDPR) e del D.lgs 196/2003 per quanto applicabile, La preghiamo di esprimere specifico consenso al trattamento dei dati relativi alla salute nella formula qui indicata.

Il/la sottoscritto/a _____

Dichiara di essere stato edotto in merito al trattamento dei dati personali

Acconsente al trattamento dei dati personali e sanitari, nonché di quanto risulterà in funzione delle prestazioni sanitarie che gli verranno fornite.

Relativamente ai dati sanitari acconsente che di essi possa essere data comunicazione:

- ☐ Solo al lui stesso in quanto direttamente interessato
- ☐ A lui stesso e a _____, in qualità di _____
- ☐ Solo a _____

Data _____

In fede

INFORMATIVA PRIVACY

La scrivente Fondazione Anni Sereni Treviglio Caravaggio e Fara Gera D'Adda ETS, con sede in 24047 Treviglio (BG), Piazzale Ospedale, 5, in qualità di Titolare del Trattamento, desidera informarla che il Regolamento UE n. 2016/679 e il D.lgs 196/2003, per quanto applicabile, prevedono la tutela del trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e necessità, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR e del D.lgs 196/2003 Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. Oggetto del trattamento

Il trattamento che intendiamo effettuare ha ad oggetto i Suoi dati personali, così come definiti dall'art. 4 n.1) del GDPR, di cui siamo o di cui verremo a conoscenza in virtù dei rapporti giuridici e contrattuali con Lei in essere. Per le finalità di cui al punto 2 potranno essere raccolti e trattati anche dati personali particolari (ex. "dati sensibili"). In particolare, potranno essere conosciuti dati relativi alla salute dell'interessato. Sarà possibile che vengano conosciuti e trattati anche dati personali relativi a familiari o persone cui fare riferimento per la tutela dell'interessato e dei suoi diritti.

2. Finalità del trattamento

Il trattamento che intendiamo è diretto esclusivamente al raggiungimento delle seguenti finalità:

a) Finalità amministrative relative all'accesso ai servizi;

b) Svolgimento delle attività essenziali ai fini dello svolgimento delle prestazioni socio-assistenziali-sanitarie e ad ogni altro scopo inerente la piena e corretta erogazione dei servizi stessi (es: attività di certificazione, di denuncia e di referto, di prescrizione, di compilazione della documentazione clinica e dei registri).

Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di adempiere e rispettare gli impegni assunti e derivanti da obblighi contrattuali e pre-contrattuali esistenti.

3. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati potrà consistere, oltre che nella loro raccolta, nella loro registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione, secondo quanto previsto dall'art. 4 n. 2) del GDPR. Potrà essere effettuato sia con l'utilizzo di supporto cartaceo, sia con l'ausilio di strumenti elettronici, informatici e telematici, secondo modalità e con strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In particolare, saranno adottate tutte le misure tecniche e organizzative adeguate alla protezione dei dati ai fini di soddisfare i requisiti di legge e di tutelare i diritti degli interessati.

A partire dal loro ricevimento e/o aggiornamento, i dati saranno conservati per un periodo congruo rispetto alle finalità del trattamento indicate nel punto 2 e comunque nei termini di legge. Per maggiori informazioni in ordine ai tempi di conservazione dei dati, scrivere a privacy@annisereni.it.

4. Comunicazione a terzi

Per le finalità indicate i dati oggetto del trattamento potranno essere comunicati a soggetti esterni, tra cui:

- ATS, Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla Vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti e analisi;
- Enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico e clinico.

5. Diritti dell'interessato

In relazione ai predetti dati potranno essere esercitati tutti i diritti di cui agli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del GDPR. Nello specifico:

a) il diritto di accesso ai dati personali;

b) la loro rettifica in caso di inesattezza;

c) la cancellazione dei dati;

d) la limitazione al trattamento;

e) l'opposizione al trattamento;

f) il diritto alla portabilità dei dati, ossia di ricevere in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti e di ottenerne il trasferimento presso un altro Titolare del trattamento senza impedimenti.

In caso di violazione delle presenti disposizioni, l'interessato al trattamento ha il diritto di proporre reclamo presso la competente Autorità di Controllo (art. 13 par. 2 lett. d) del GDPR).

Per ulteriori delucidazioni circa la presente informativa o su qualsiasi tematica privacy, o nel caso in cui desideri esercitare i Suoi diritti o revocare il Suo consenso, potrà scrivere a privacy@annisereni.it

6. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la Fondazione Anni Sereni Treviglio Caravaggio e Fara Gera D'Adda ETS, con sede in 24047 Treviglio (BG), Piazzale Ospedale, 5. Il Titolare del trattamento ha nominato il Data Protection Officer (DPO), la cui e-mail di contatto è dpo@annisereni.it

7. Revoca del consenso

Il consenso prestato potrà in ogni momento essere revocato, senza che ciò possa pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca e gli ulteriori trattamenti degli stessi dati fondati su basi giuridiche diverse rispetto al consenso stesso, quali l'adempimento di obblighi contrattuali e di legge.

Per ulteriori delucidazioni in merito alla presente informativa o sulla tematica privacy, ovvero per esercitare i Vostri diritti o revocare il consenso, potrete scrivere a privacy@annisereni.it