

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA**

☐ **All'Ente Gestore della RSA**

**ISTITUTO GERIATRICO CARLO LOUISA GRASSI ETS
Viadana (MN)**

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 _____

CHIEDE

l'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

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

1/1	INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003 AGGIORNATA CON QUANTO RICHIESTO DAL Reg. Eu 679/2016 (domanda di inserimento)
-----	--

Egr. Signore/Gent.ma Signora

Viadana, lì _____

Vi informiamo che i dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) che Ci fornirete saranno trattati con strumenti manuali, strumenti automatizzati, e comunque in conformità a quanto previsto, anche in termini di sicurezza dei dati, dal regolamento UE 679/2016 ai fini dell'assolvimento dei compiti affidatici, al fine di fornirvi le informazioni da Voi richieste e/o per adempiere a specifici obblighi di legge in capo al titolare del trattamento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma un Vs. rifiuto ci impedirà di proseguire nel rapporto o di adempiere a Vostre specifiche richieste.

Nel dettaglio i Vostri dati sono legati alla nostra attività specifica di "Gestione delle richieste di ricovero, di assistenza domiciliare e di gestione dei servizi connessi al ricovero o all'assistenza domiciliare ove concessi". L'interessato ha il diritto di comunicare le variazioni/integrazioni dei dati personali. Non è prevista, salvo apposito e specifico consenso, alcuna attività di marketing massivo.

La conservazione dei dati (la cui durata è prevista nei termini legali previsti per le cartelle cliniche e/o fascicoli FASAS), rispetta gli obblighi di legge o è legata ad esigenze di specifici trattamenti di cui siete parte, è vostro diritto richiedere la cancellazione dei dati quando lo stesso diritto non sia in contrapposizione con obblighi di legge. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione.

I Vs. dati verranno comunicati agli incaricati della scrivente necessari allo svolgimento dei compiti affidatici, ad organismi di controllo e pubblica sicurezza se richiesti, ad eventuali terze parti solo in conseguenza di utilizzo delle stesse per l'assolvimento dei compiti affidatici.

Lei ha diritto di ottenere dal titolare la cancellazione, la limitazione, l'aggiornamento, la portabilità, l'opposizione al trattamento dei dati personali che la riguardano nonché in generale i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. Eu. 679/2016

Non è previsto il trasferimento di Vostri dati all'estero da parte della scrivente ma eventuali terzi coinvolti nel trattamento potrebbero avvalersi di tale possibilità.

Titolare del trattamento:

Istituto Geriatrico Carlo Louisa Grassi ETS

Via Ospedale Vecchio, 18 – Viadana (MN)

Responsabile della Protezione dei Dati: dott.ssa Maide Amadori

mail:PRIVACY@STUDIOAAA.IT

CONSENSO

☐ **Do**

☐ **Non do**

Il consenso affinché i miei dati vengano trattati dalla scrivente ai fini dell'inserimento nella liste di attesa o altre attività da svilupparsi secondo i modi e gli scopi indicati nell'informativa su esposta o per adempiere a specifiche vostre richieste; tale consenso NON E' PREVISTO in quanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lettera b, il trattamento si intende lecito, è richiesto a maggior tutela dei diritti dell'interessato in quanto vengo richiesti anche dati di cui all'art. 9.

Una revoca o una non concessione del consenso implica un'impossibilità a proseguire il rapporto.

Come previsto dall'art. 14 del Reg. U.E. 679/2016 Dichiaro che fornirò copia della presente informativa ai soggetti dei quali Vi comunicherò dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) da me raccolti allo scopo esclusivo di consentire l'esecuzione di quanto illustrato nella presente informativa ove io sia parte in causa.

Firma dell'interessato