

Villa Puricelli

R.S.A. Casa Cardinale G. Lercaro – Casa Albergo Villa Puricelli – Cure Domiciliari

Piazza Puricelli n. 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

<i>Parte compilata a cura della Struttura</i>				
Protocollo generale		Data		

DOMANDA DI AMMISSIONE

II PARTE – DA COMPILARE IN STAMPATELLO A CURA DELL'OSPITE E DEI FAMILIARI

OSPITE:

Cognome					
Nome				Sesso	
Luogo e data di nascita					
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.		
Residenza	Comune:			via	
	N° civico	cap.	naz.		
Domicilio <small>(compilare se diversa da residenza)</small>	Comune:			via	
	N° civico	cap.	naz.		
Documento di riconoscimento					
Codice Fiscale					
Stato Civile	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a	<input type="checkbox"/> separato/a	

FAMILIARE DI RIFERIMENTO:

Cognome					
Nome				Sesso	
Tipo di parentela					
Luogo e data di nascita					
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.		
Mail/PEC					
Indirizzo					
Documento di riconoscimento					
Codice Fiscale					

Il/la sottoscritto/a, _____ **CHIEDE**

con la sottoscrizione della presente l'ammissione presso la Struttura

- R.S.A. Casa Cardinale Giacomo Lercaro
- CASA ALBERGO Villa Puricelli

dal giorno ___ / ___ / _____ a tempo

- Indeterminato
- Determinato fino al ___ / ___ / _____

NELLA SUA QUALITÀ DI

DIRETTO INTERESSATO FAMILIARE DI RIFERIMENTO DELL'OSPITE

Firma del richiedente _____

Villa Puricelli

R.S.A. Casa Cardinale G. Lercaro – Casa Albergo Villa Puricelli – Cure Domiciliari

Piazza Puricelli n. 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

In caso di Vs. accettazione, comunica i dati degli ALTRI FAMILIARI DI RIFERIMENTO

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Mail/PEC			
Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Mail/PEC			
Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Mail/PEC			
Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Mail/PEC			
Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Mail/PEC			
Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Mail/PEC			
Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di

Assistenza Socio Sanitaria Società Cooperativa Sociale per Azioni

Sede Legale: Largo San Giuseppe, 2 – 21052 Busto Arsizio (VA), Sede Amministrativa ed Operativa: Piazza Puricelli, 2 - 21020

BODIO LOMNAGO (VA) C.C.I.A.A. di Varese REA va-346853 - C.F./P.IVA 03381200124

Tel. 0332-948982 Fax 0332-949699 www.villapuricelli.it

Villa Puricelli

R.S.A. Casa Cardinale G. Lercaro – Casa Albergo Villa Puricelli – Cure Domiciliari

Piazza Puricelli n. 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

ENTE PUBBLICO O PRIVATO DI RIFERIMENTO:

ENTE	
Sede	
Indirizzo	
Telefono	
Mail/PEC	
Responsabile	
Prestazioni a carico	

L'ammissione e/o le prestazioni sono sempre subordinate:

1. All'assenso espresso del soggetto, informato sugli obiettivi dell'accoglienza e sulle regole di cui si richiede il rispetto.
2. Alla visita medica effettuata all'ingresso per la valutazione della compatibilità dell'Ospite con la tipologia di servizio richiesto.
3. Alla volontarietà di accedere in struttura consapevole che la stessa prevede il pagamento di una quota giornaliera secondo i listini in vigore al momento dell'ingresso.
4. Alla consapevolezza che la struttura eroga servizi sociosanitari a bassa intensità e che la prestazione principale è l'assistenza tutelare (soddisfacimento/supporto nell'effettuazione delle attività di vita quotidiana).
5. Alla consapevolezza che l'obiettivo dell'accoglienza è quella di sollevare i caregiver non professionisti dall'assistenza a domicilio e prevenire l'emarginazione sociale favorendo il mantenimento delle abilità residue dell'Ospite.

Firma consenso dell'Ospite a fruire
delle prestazioni

Ovvero motivi della mancanza dello stesso (in quest'ultimo caso bisogna allegare documentazione comprovante l'impossibilità dell'assenso)

Il richiedente dichiara altresì di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata alla:

- 1) Visita e parere sanitario insindacabile del Responsabile della Direzione Sanitaria della struttura, o del Responsabile di struttura, effettuata all'ingresso in Struttura;
- 2) Sottoscrizione degli impegni finanziari da parte dei familiari di riferimento;
- 3) Impegno al pagamento della retta giornaliera;
- 4) Versamento della cauzione, se prevista.

Si precisa che nel caso in cui l'Ospite non abbia adeguata cognitività, tale da permettergli consapevolmente di poter dare il consenso al ricovero e alle cure, la Struttura è obbligata ad informare i familiari della necessità di avviare la pratica per la nomina dell'Amministratore di Sostegno. Maggiori informazioni possono essere recuperate sui siti:

- <http://www.amministratordisostegno.com>;

Assistenza Socio Sanitaria Società Cooperativa Sociale per Azioni

Sede Legale: Largo San Giuseppe, 2 – 21052 Busto Arsizio (VA), Sede Amministrativa ed Operativa: Piazza Puricelli, 2 - 21020

BODIO LOMNAGO (VA) C.C.I.A.A. di Varese REA va-346853 - C.F./P.IVA 03381200124

Tel. 0332-948982 Fax 0332-949699 www.villapuricelli.it

Villa Puricelli

R.S.A. Casa Cardinale G. Lercaro – Casa Albergo Villa Puricelli – Cure Domiciliari

Piazza Puricelli n. 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

In caso di impossibilità di accedere ad internet, la Struttura si rende disponibile a fornire tale supporto attraverso la propria Assistente Sociale.

Si allegano alla presente domanda i seguenti documenti da restituire compilati e sottoscritti:

1. Scheda di inserimento o Certificato Clinico Anamnestico;
2. Informativa e consenso al trattamento di dati personali (Ospite)
3. Informativa e consenso al trattamento di dati personali (Caregiver/familiari)
4. Dichiarazioni ai sensi dell'articolo 433 del Codice Civile del Garante sottoscritta da almeno due soggetti;

Data ____/____/____

Firma del richiedente _____

In occasione della consegna dei documenti di cui sopra è necessario consegnare quanto segue:

1. Fotocopia Carta d'identità dell'Ospite e del Garante;
2. Fotocopia Tessera Codice Fiscale dell'Ospite e del Garante;
3. Certificato di esenzione dell'Ospite;
4. Fotocopia Verbale o attestazione di invalidità dell'Ospite se esistente;
5. Fotocopia ultima Dichiarazione dei redditi (con estremi di presentazione) o documenti equipollenti dell'ospite e dei familiari di riferimento;
6. Eventuale Documentazione attestante l'impossibilità di apporre la firma di assenso dell'ospite (solo per R.S.A.).

INFORMATIVA e CONSENSO al trattamento di dati personali
(artt.13 e 14 Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 - GDPR)

Gentile Cliente,

tutte le informazioni raccolte e quelle che emergono o potrebbero emergere nel corso dello svolgimento di attività correlate alla erogazione di servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali, saranno trattate in modo strettamente confidenziale, in conformità alle norme di buona pratica clinica nonché a quelle per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Potrà essere previsto anche il trattamento di "categorie particolari di dati personali" (sensibili), vale a dire quelli idonei a rivelare l'origine razziale od etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, biometrici e quelli relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

In particolare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, Assistenza Socio Sanitaria Società Cooperativa Sociale per Azioni (di seguito Villa Puricelli) Le chiede di tenere conto di quanto segue:

- Titolare del trattamento dati è: "Assistenza Socio Sanitaria Cooperativa Sociale per Azioni" Sede legale : Largo San Giuseppe, 2 – 21052 Busto Arsizio (VA),
- Sede amministrativa ed operativa: Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA),
- Responsabile del trattamento dei dati è l'Amministratore Delegato, Sig. Maurizio Di Muro,
- Responsabile protezione dati (RPD/DPO) – tel.0332948982 – e-mail: rpd@villapuricelli.it.

1. FINALITA', MODALITA' DEL TRATTAMENTO E RELATIVA BASE GIURIDICA

I dati da Lei forniti saranno trattati e archiviati in forma cartacea, automatizzata e/o informatizzata, per le esclusive finalità connesse all'espletamento dei servizi, da Lei richiesti in fase precontrattuale e/o contrattuale o direttamente richiesti dalla ASL/ATS di appartenenza, relativi alle seguenti attività:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsiasi altro servizio sociosanitario erogato da Villa Puricelli nell'ambito delle unità di offerta da essa gestite o al domicilio del paziente;
- b) amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati;
- c) di certificazione, di denuncia e di referto, di prescrizione, di compilazione della documentazione clinica e dei registri;
- d) di recupero crediti, di verifica dell'esenzione dal pagamento della retta e di controllo della congruità delle prestazioni erogate;
- e) di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sociosanitaria, 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) legate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente 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) costituzione di Fascicolo Sanitario Elettronico (di seguito FSE) e/o Dossier sanitario
- h) attività finalizzate a promuovere e pubblicizzare l'attività di Villa Puricelli quali, a titolo esemplificativo, pubblicazione di immagini di vita quotidiana all'interno delle unità di offerta gestite da Villa Puricelli sul proprio sito internet, sui social network o sul giornalino interno.

2. NATURA OBBLIGATORIA DEI DATI E CONSEGUENZA DI EVENTUALE RIFIUTO A FORNIRE I DATI

Il conferimento dei dati personali, per le finalità di cui al punto 1 (a-b-c-d-e-f) è indispensabile al perseguimento delle finalità di cura della salute e ad esse correlate, il mancato conferimento comporta l'impossibilità di erogazione del servizio richiesto.

Per le finalità di cui al punto 1 (g-h), soggette per legge ad un esplicito e distinto consenso dell'interessato, il conferimento ed il relativo consenso è facoltativo e non comporta alcuna conseguenza.

3. DESTINATARI DEI DATI

I dati da Lei forniti e tutta la documentazione di interesse all'espletamento delle azioni di cui al punto 1 della presente informativa saranno trattati da:

- personale appositamente incaricato e autorizzato che opera sotto il diretto controllo del Titolare trattamento dei dati (compreso personale sostitutivo);
- Responsabili del trattamento ai sensi dell'art.28 del Regolamento UE (l'elenco può essere richiesto al Responsabile del trattamento dati presso la sede del Titolare del trattamento);
- Società, Enti/Aziende che, per conto di Villa Puricelli, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgono attività connesse, strumentali o di supporto a quelle di Villa Puricelli o attività necessarie all'esecuzione delle prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- Soggetti pubblici e/o privati che possono accedere ai dati in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme (es: ASL/ATS di appartenenza).

I dati da Lei forniti e tutta la documentazione di interesse all'espletamento delle azioni di cui al punto 1 della presente informativa non saranno trasferiti al di fuori dell'Unione Europea né saranno in alcun modo diffusi, salvo il caso in cui sia necessario per la salvaguardia della vita o dell'incolumità di un terzo.

4. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali 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 e per gli obblighi derivanti dal contratto/servizio richiesto (dati contabili per 11 anni, dati amministrativi non contabili per 5 anni), nonché per il perseguimento del legittimo interesse del Titolare del trattamento o di terzi, sempre nei limiti di legge.

5. PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO E PROFILAZIONE

All'ingresso in RSA (Residenza Sociosanitaria per Anziani) è obbligo gravante sull'erogatore attribuire un profilo all'ospite all'interno delle c.d. "Classi SOSIA" secondo la normativa regionale vigente. E' da escludere l'esistenza di un processo decisionale automatizzato che possa comportare conseguenze dirette ed in modo automatico all'interessato.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato cui si riferiscono i dati personali ha il diritto, in qualunque momento, nei casi previsti, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto (diritto di accesso ai dati) e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione. Ai sensi del medesimo articolo si ha il diritto di chiedere la cancellazione (diritto all'oblio), la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge (limitazione al trattamento), nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati (richiesta di trasferire i propri dati in formato elettronico da un Titolare all'altro).

L'interessato cui si riferiscono i dati personali ha il diritto, in qualunque momento, di revocare il consenso al trattamento dei dati forniti, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca, con conseguente impossibilità per il Titolare di continuare il rapporto in essere.

L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile del trattamento dati presso la sede del Titolare.

All'interessato verrà fornito riscontro compiuto e analitico in merito all'istanza presentata.

L'interessato ha diritto di proporre reclamo al Garante nel caso ritenga che dal trattamento dei dati forniti sia derivata la violazione di un diritto o libertà.

7. COSTITUZIONE DI FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO/DOSSIER SANITARIO

Per FSE si intende l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito; per dossier sanitario si intende l'insieme dei dati personali generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, messi in condivisione logica dai professionisti sanitari che lo assistono, al fine di documentare la storia clinica e di offrirgli un migliore processo di cura.

Il mancato consenso totale o parziale non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.

Rispetto ai dati personali trattati mediante il FSE è garantita in ogni momento la possibilità di facile consultazione, ottenimento di copia in forma intelligibile (supporto cartaceo o informatico), accesso ai dati contenuti, integrazione, aggiornamento, rettifica, revoca al consenso dell'implementazione, oscurazione di alcuni dati clinici.

Le istanze relative all'esercizio delle predette facoltà possono essere evase secondo le modalità riportate nel precedente punto 6.

Il titolare ha provveduto a formare adeguatamente il personale coinvolto in merito agli aspetti rilevanti della disciplina sulla protezione dei dati personali.

Per trattamenti diversi dalle finalità riportate nella presente informativa, sarà data distinta informativa con richiesta di consenso, se dovuto.



L'Amministratore Delegato
Maurizio Di Muro

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ C.F. _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ in via/piazza _____ n° _____

in caso di maggiorenne, in qualità di:

- diretto interessato
 amministratore di sostegno del Sig./Sig.ra _____
 tutore del Sig./Sig.ra _____
 curatore del Sig./Sig.ra _____

in caso di minore, in qualità di:

- affidatario del minore _____
 genitore esercente la responsabilità genitoriale in via esclusiva
 genitore esercente la responsabilità genitoriale in modo congiunto

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo a:

sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano o che riguardano la persona che rappresento giuridicamente, in quanto necessari ai fini del contenuto nell'informativa. Dichiaro che mi sono state preventivamente rese le prescritte informazioni circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento, gli eventuali destinatari, per iscritto con la nota informativa di cui sopra, che si considera parte integrante ed essenziale della presente dichiarazione.

- costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico (punto 1g)
 costituzione del Dossier sanitario (punto 1g)
 attività di promozione Villa Puricelli (punto 1h)
 consegnare copie od originali della documentazione di qualsiasi tipo in Vostro possesso, nulla escluso, che riguarda me o la persona che rappresento giuridicamente alle seguenti persone: _____

non consegnare copie od originali della documentazione di qualsiasi tipo in Vostro possesso, nulla escluso, che riguarda me o la persona che rappresento giuridicamente alle seguenti persone: _____

Luogo e data _____

Firma: L'interessato o rappresentante legale

Genitore 1 _____

Genitore 2 _____

(per Caregiver/familiari)

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE (nel seguito "GDPR") ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a. (nel seguito "Titolare") con sede in BUSTO ARSIZIO (VA), Largo San Giuseppe, 2 – 21052, nella sua veste di "Titolare del trattamento", La informa che i Suoi dati personali raccolti ai fini della conclusione del contratto col Cliente e/o nell'ambito dell'esecuzione e/o della stipula dello stesso saranno trattati nel rispetto delle normativa citata, al fine di garantire i diritti, le libertà fondamentali, nonché la dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale.

La informiamo che qualora le attività a lei prestate prevedano il trattamento di dati personali di terzi nella sua titolarità sarà sua responsabilità assicurare di aver adempiuto a quanto previsto dalla normativa nei riguardi dei soggetti Interessati al fine di rendere legittimo il loro trattamento da parte nostra.

Altresì, è possibile il verificarsi di un trattamento di dati personali di terzi soggetti comunicati dal Cliente alla Società. Rispetto a tale ipotesi, il Cliente si pone come autonomo titolare del trattamento e si assume i conseguenti obblighi e responsabilità legali, manlevando la Società rispetto a ogni contestazione, pretesa e/o richiesta di risarcimento del danno da trattamento che dovesse pervenire alla Società da terzi interessati.

Origine, finalità, base giuridica e natura dei dati trattati

Il trattamento dei Suoi dati personali (anche particolari/sensibili, art.9 del Regolamento), da Lei direttamente forniti, è effettuato da ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a. ai fini della conclusione del contratto col Cliente e/o nell'ambito dell'esecuzione e/o della stipula dello stesso.

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e senza necessità di uno specifico consenso da parte dell'Interessato (per punti a) e b)), i Dati saranno archiviati, raccolti e trattati dalla Società per i seguenti fini:

- a) adempimento a obblighi contrattuali, esecuzione e/o stipulazione del contratto col Cliente e/o gestione di eventuali misure precontrattuali;
- b) assolvimento a eventuali obblighi normativi, alle disposizioni fiscali e tributarie derivanti dallo svolgimento dell'attività d'impresa e a obblighi connessi ad attività amministrativo-contabili;
- c) invio, direttamente o tramite terzi fornitori di servizi di marketing e comunicazione, newsletter e comunicazioni con finalità di marketing diretto attraverso email, sms, mms, notifiche push, fax, posta cartacea, telefono con operatore, in relazione a prodotti erogati da altre società ai sensi dell'art. 130 c. 1 e 2 del D. lgs. 196/03 (nel seguito "Codice");
- d) comunicazione dei Dati a società terze per l'invio di newsletter e comunicazioni con finalità di marketing attraverso email, sms, mms, notifiche push, fax, posta cartacea, telefono con operatore ai sensi dell'art. 130 c. 1 e 2 del Codice.

Le basi giuridiche del trattamento per le finalità a) e b) sopra indicate sono gli artt. 6.1.b) e 6.1.c) del Regolamento UE – GDPR. Il conferimento dei Dati per i suddetti fini è facoltativo, ma l'eventuale mancato conferimento dei Dati stessi e il rifiuto a fornirli comporterebbero l'impossibilità per la Società di eseguire e/o stipulare il contratto ed erogare le prestazioni richieste dallo stesso.

La base giuridica del trattamento di dati personali per le finalità c) e d) è l'art. 6.1.a) del GDPR in quanto i trattamenti sono basati sul consenso; si precisa che il Titolare può raccogliere un unico consenso per le finalità di marketing qui descritte, ai sensi del Provvedimento Generale del Garante per la protezione dei dati personali "Linee guida in materia di attività promozionale e contrasto allo spam" del 4 luglio 2013. Il conferimento del consenso all'utilizzo dei dati per finalità di marketing è facoltativo e qualora, l'interessato desiderasse opporsi al trattamento dei Dati per le finalità di marketing eseguito con i mezzi qui indicati, nonché revocare il consenso prestatato; potrà in qualunque momento farlo senza alcuna conseguenza (se non per il fatto che non riceverà più comunicazioni di marketing) seguendo le indicazioni presenti alla sezione dei "Diritti dell'Interessato" della presente Informativa.

Si ricorrono infine che per i trattamenti effettuati ai fini di invio diretto di proprio materiale pubblicitario o di propria vendita diretta o per il compimento di proprie ricerche di mercato o di comunicazioni commerciali in relazione a prodotti o servizi analoghi a quelli utilizzati dal Cliente, la Società può utilizzare gli indirizzi di posta elettronica o anagrafici ai sensi e nei limiti consentiti dall'art. 130, comma 4 del Codice e dal provvedimento dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali del 19 giugno 2008 anche in assenza di consenso esplicito. La base giuridica del trattamento dei dati per tale finalità è l'art. 6, comma 1, lett. f) del GDPR,

ferma restando la possibilità di opporsi a tale trattamento in ogni momento, seguendo le indicazioni presenti alla sezione dei "Diritti dell'Interessato" della presente Informativa.

Comunicazione

I dati potranno essere comunicati a soggetti terzi nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'articolo 28 del GDPR e in particolare a istituti bancari, a società attive nel campo assicurativo, a fornitori di servizi strettamente necessari allo svolgimento dell'attività d'impresa, ovvero a consulenti dell'azienda, ove ciò si riveli necessario per ragioni fiscali, amministrative, contrattuali o per esigenze tutelate dalle vigenti normative.

I Suoi dati personali, ovvero i dati personali di terzi nella sua titolarità, potranno altresì essere comunicati a società esterne, individuate di volta in volta, cui ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a. affidi l'esecuzione di obblighi derivanti dall'incarico ricevuto alle quali saranno trasmessi i soli dati necessari alle attività loro richieste. Tutti i dipendenti, consulenti, interinali e/o ogni altra "persona fisica" che svolgono la propria attività sulla base delle istruzioni ricevute da ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a., ai sensi dell'art. 29 del GDPR, sono nominati "Incaricati del trattamento" (nel seguito anche "Incaricati"). Agli Incaricati o ai Responsabili, eventualmente designati, ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a. impartisce adeguate istruzioni operative, con particolare riferimento all'adozione ed al rispetto delle misure di sicurezza, al fine di poter garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati. Proprio in riferimento agli aspetti di protezione dei dati personali il Cliente è invitato, ai sensi dell'art. 33 del GDPR a segnalare a ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a. eventuali circostanze o eventi dai quali possa discendere una potenziale "violazione dei dati personali (data breach)" al fine di consentire una immediata valutazione e l'adozione di eventuali azioni volte a contrastare tale evento inviando una comunicazione a ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a. ai recapiti nel seguito indicati.

I Dati non saranno diffusi.

Resta fermo l'obbligo di ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a. di comunicare i dati ad Autorità Pubbliche su specifica richiesta.

Trasferimento all'estero

Il trasferimento all'estero dei Suoi dati personali può avvenire qualora risulti necessario per la gestione dell'incarico ricevuto. Per il trattamento delle informazioni e dei dati che saranno eventualmente comunicati a questi soggetti saranno richiesti gli equivalenti livelli di protezione adottati per il trattamento dei dati personali dei propri dipendenti. In ogni caso saranno comunicati i soli dati necessari al perseguimento degli scopi previsti e saranno applicati gli strumenti normativi previsti dal Capo V del GDPR.

Modalità, logiche del trattamento e tempi di conservazione

I Suoi dati sono raccolti e registrati in modo lecito e secondo correttezza per le finalità sopra indicate nel rispetto dei principi e delle prescrizioni di cui all'art. 5 c 1 del GDPR.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I Dati personali verranno trattati da ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a. per tutta la durata dell'incarico ed anche successivamente per far valere o tutelare i propri diritti ovvero per finalità amministrative e/o per dare esecuzione ad obblighi derivanti dal quadro regolamentare e normativo *pro tempore* applicabile e nel rispetto degli specifici obblighi di legge sulla conservazione dei dati.

Diritti dell'Interessato

In conformità, nei limiti ed alle condizioni previste dalla normativa in materia di protezione dati personali riguardo l'esercizio dei diritti degli Interessati ¹ per quanto concerne i trattamenti oggetto della presente Informativa, in qualità di Interessato Lei ha il diritto di chiedere conferma che sia o meno in corso un trattamento di suoi dati personali, accedere ai dati personali che La riguardano ed in relazione ad essi ha il diritto di richiederne la rettifica, la cancellazione, la notifica delle rettifiche e delle cancellazioni ai coloro i quali i dati sono stati eventualmente trasmessi dalla nostra Organizzazione, la limitazione del trattamento nelle ipotesi previste dalla norma, la portabilità dei dati personali - da Lei forniti - nei casi indicati dalla norma, di opporsi al trattamento dei suoi dati e, specificamente, ha il diritto di opporsi a decisioni che lo riguardano se basate unicamente su trattamenti automatizzati dei suoi dati, profilazione inclusa. Nel caso in cui ritenga che i trattamenti che La riguardano violino le norme del GDPR, ha diritto a proporre reclamo al Garante ai sensi dell'art. 77 del GDPR.

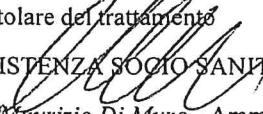
Se intende richiedere ulteriori informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali o per l'eventuale esercizio dei Suoi diritti, potrà rivolgersi per iscritto al Responsabile Trattamento Dati: Sig. DI MURO MAURIZIO (rpd@villapuricelli.it).

¹ ex Art.12 e Art. 15-22 del Regolamento 2016/679/UE

Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 4 del GDPR, è:
ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a.
Sede legale: Largo San Giuseppe, 2 – 21052 Busto Arsizio (VA)
Sede amministrativa ed operativa: Piazza Puricelli, 2 - 21020 Bodio Lomnago (VA)
Dati contatto RPD/DPO: (rpd@villapuricelli.it).
P.IVA: 03381200124 - CF: 03381200124

Distinti saluti

Il Titolare del trattamento

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA s.c.s.p.a.
F.to Maurizio Di Muro - Amm. Delegato

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

A) DA PARTE DI PERSONA FISICA:

Il sottoscritto Sig. _____ prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito.

DATA ____/____/____ FIRMA _____

B) CONSENSO PER MARKETING DIRETTO DELLA "RAGIONE SOCIALE"

Il sottoscritto Sig. _____ prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate al punto c) che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito.

DATA ____/____/____ FIRMA _____

C) CONSENSO PER MARKETING DIRETTO "TERZE PARTI"

Il sottoscritto Sig. _____ prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate al punto d) che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito.

DATA ____/____/____ FIRMA _____

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 433 CODICE CIVILE
(da compilare per ogni familiare di riferimento coobbligato)

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____, residente in _____,
si obbliga in solido con il proprio familiare _____, dalla data
di ammissione presso la RSA Casa Cardinal G. Lercaro o Casa Albergo Villa Puricelli, ai sensi e per gli effetti
dell'art. 433 c.c., al pagamento della retta di degenza presso la Struttura.

Bodio Lomnago, ____ / ____ / ____

Firma del dichiarante

Villa Puricelli
R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro
Casa Albergo Villa Puricelli
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)



SCHEDA DI INSERIMENTO
Rev. 4/2026

Villa Puricelli
R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro
Casa Albergo Villa Puricelli
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

SCHEDA DI INSERIMENTO

	R.S.A.
	CASA ALBERGO

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche	
Nome Cognome C.F.	
Nato a il/...../..... Residente a via/piazza n°	
Parte per il medico curante	Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)
	Vaccinazione anti COVID-19 1° dose data: _____ 2° dose data: _____ 3° dose data _____ 4° dose data: _____ n° dosi complessive ____ ultima inoculazione in data _____ Non vaccinato _____ Esente, motivo: _____
	Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse
	Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti
	Dispositivi in uso Catetere vescicale Sondino naso gastrico PEG Catetere Venoso Centrale Pace – maker IDC (defibrillatore) Traceostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigeno terapia (ossigeno liquido, concentratore, stroller, altro) Ventilatore sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insufficienza respiratorie gravi
	Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori
	<ul style="list-style-type: none"> Lesioni da decubito Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)

Villa Puricelli
R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro
Casa Albergo Villa Puricelli
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

Parte per il medico curante	Nome..... Cognome		
	Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)		
	Allergie		
	Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
	Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si specificare	
	Stato nutrizionale	<input type="radio"/> Nella norma <input type="radio"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note	
	Giudizio sulla stabilità clinica <small>(si ricorda che la nostra struttura eroga servizi riconducibili ai LEA previsti dall'articolo 3, lettera i) del DPCM 12/01/2017, che prevede una compartecipazione da parte dell'utente)</small>	<input type="radio"/> Stabile	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
		<input type="radio"/> Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
<input type="radio"/> Moderatamente instabile		con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana	
<input type="radio"/> Instabile		con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano	
<input type="radio"/> Acuzie		con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani	
Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

data

.....

firma

.....

Villa Puricelli
R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro
Casa Albergo Villa Puricelli
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

SCHEDA DI INSERIMENTO

	RSA
	CASA ALBERGO

A cura della famiglia / caregiver

Parte per la famiglia / caregiver	Informazioni anagrafiche	Nome Cognome C.F. Nato a il/...../..... Residente a via/piazza..... n°
	Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato Pensione SI NO - Ente erogatore Invalidità SI NO - Codice Invalidità.....
	Modalità di gestione del reddito	<input type="radio"/> Anziano stesso <input type="radio"/> Familiare <input type="radio"/> Amministratore <input type="radio"/> Altro
	Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
	Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa tel.
	Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
	Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
	Tipo di inserimento in RSA/CA	<input type="radio"/> temporaneo <input type="radio"/> definitivo <input type="radio"/> altro
	Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
	Motivo della richiesta	<input type="radio"/> Carico assistenziale elevato <input type="radio"/> Riabilitazione
	Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
	Diete particolari	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si - specificare
	Comportamenti autolesivi	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si - specificare
	Fumo	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Alcool	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	

Villa Puricelli
R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro
Casa Albergo Villa Puricelli
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

Parte per la famiglia / caregiver	Nome..... Cognome	
	Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
	Capacità di nutrirsi:	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="radio"/> Deve essere imboccato
	Masticazione:	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Difficoltà per cibi duri <input type="radio"/> Mangia solo cibi molli <input type="radio"/> Non si alimenta per bocca
	Protesi dentaria:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì e la usa <input type="radio"/> Sì ma non la usa
	Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Non autonomo
	Bagno / doccia	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Non autonomo
	Continenza vescicale	<input type="radio"/> Continente <input type="radio"/> Non continente <input type="radio"/> Uso di pannoloni <input type="radio"/> Catetere
	Continenza intestinale	<input type="radio"/> Continente <input type="radio"/> Non continente <input type="radio"/> Uso di pannoloni <input type="radio"/> Stomia
	Uso dei servizi igienici	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Non autonomo
	Capacità di vestirsi	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Non autonomo
	Vista	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Con lenti <input type="radio"/> Cecità
	Udito	<input type="radio"/> Integro <input type="radio"/> Con ausilio <input type="radio"/> Sordità
	Capacità di leggere	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Capacità di scrivere	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Linguaggio	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Alterato	

Villa Puricelli
R.S.A. Casa Cardinal G. Lercaro
Casa Albergo Villa Puricelli
Piazza Puricelli, 2 – 21020 Bodio Lomnago (VA)

Nome..... Cognome	
Mobilità	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Con ausilio <input type="radio"/> Protesi <input type="radio"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Con ausilio <input type="radio"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Con aiuto <input type="radio"/> Non in grado
Uso della sedia a rotelle	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si autonomo nell'uso <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ausili utilizzati	<input type="radio"/> Nessuno <input type="radio"/> Si Specificare quali..... <input type="radio"/> Di proprietà <input type="radio"/> Fornito da Il/...../.....
Accetta la terapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Sonno - riposo	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Disturbato <input type="radio"/> Insonnia
Aggressività	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="radio"/> Si – n°..... <input type="radio"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="radio"/> Si – specificare <input type="radio"/> No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	
DAT/PCC Le disposizioni anticipate di trattamento, comunemente definite "testamento biologico" o "biotestamento", sono regolamentate dall'art. 4 della Legge 219 del 22 dicembre 2017,	<input type="radio"/> Si – allegare documentazione/indicare il fiduciario <input type="radio"/> No Intende avvalersi del Piano Condiviso di Cura nei casi previsti dalla legge <input type="radio"/> Si – indicare il fiduciario se presente <input type="radio"/> No

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

firma

.....

.....