



Domanda di Ammissione

Di.....
(nome e cognome dell'utente)

nato/a.....il.....

residente avia.....num..... telefono.....

attualmente domiciliato/a presso

il/la sottoscritto/a.....parente dell'Ospite (barrare se non corrisponde)

rivolge rispettosa domanda per l'ammissione a:

Residenza Cerino Zegna (Occhieppo Inf.)

- Servizi Residenziali
- Ospitalità Temporanea
- Centro Diurno Alzheimer

Residenza Maria Grazia (Lessona)

- Servizi Residenziali
- Serv. Resid. Prima Accoglienza
- Centro Diurno Integrato

Periodo richiesto: dal al

In caso di disponibilità di posto letto e successiva accettazione della domanda sarete invitati telefonicamente ad un colloquio con l'Ufficio Ospiti e riceverete tutte le informazioni sulle procedure per l'inserimento.

Anticipiamo sin d'ora che gli inserimenti avvengono preferibilmente dal lunedì al venerdì alle ore 10.00 .

Data.....

Firma persona richiedente

Firma persona garante

.....

.....



Domanda di Ammissione

Oggetto: decr. legisl. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”. Informativa

Vi informiamo ai sensi dell'art.13 del decr. legisl. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che i dati personali da Voi forniti al momento della richiesta di prestazione ovvero successivamente acquisiti, anche da terzi, mediante comunicazione telefonica o per iscritto oppure verbalmente, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa in oggetto.

Il trattamento dei dati è finalizzato innanzi tutto all'assolvimento degli obblighi legali previsti dalla normativa vigente, nonché all'assolvimento degli obblighi di legge per la tenuta di contabilità e tutti i relativi adempimenti.

I dati verranno inseriti prevalentemente in archivi cartacei oppure in banche dati informatiche ed il loro trattamento, che potrà essere effettuato attraverso strumenti automatizzati e/o non automatizzati comprenderà tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4 lett. a) decr. legisl. 196/03 e necessari al trattamento in questione.

I dati potranno venire comunicati a terzi (strutture di conteggio ed elaborazione di dati contabili, commercialisti), che per conto nostro curano gli adempimenti fiscali e contabili.

Con riferimento ai dati sensibili, in particolare risultanti da ricette o prescrizioni mediche o comunque in altro modo forniti, si informa che gli stessi potranno venire trattati sia con sistemi informatici che non informatici dalle persone appositamente incaricate. tali dati risultano necessari per la esecuzione della prestazione e per l'aggiornamento e verifica di eventuali ulteriori prestazioni.

Vi informiamo che i dati potranno venire inseriti in elenchi utilizzati per comunicazioni ai seguenti soggetti: INPS, ASL, ecc.

Informiamo altresì che, in relazione ai predetti dati, potrete esercitare i diritti di cui all'art. 7 e segg. del decr. legisl. 196/03, che consistono nella possibilità di verifica dei dati, di richiesta di variazioni, cancellazioni degli stessi, se con richiesta legittima.

Informiamo inoltre che il titolare del trattamento dei dati è l'Ente Opera Pia “A.E. CERINO ZEGNA” onlus.

I soggetti che, nell'ambito delle loro mansioni, possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati sono: coloro che operano nel reparto (adest/oss, infermieri professionali, collaboratori esterni), l'addetta dell'Ufficio Ospiti e l'addetta dell'Ufficio Amministrativo. Il soggetto responsabile del trattamento dei dati personali è il Presidente dell'Ente.

Facciamo presente che il conferimento dei dati suddetti in generale non è obbligatorio ma l'eventuale rifiuto ad autorizzare la comunicazione dei Suoi dati ai soggetti sopra indicati, comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione del contratto e all'adempimento delle prestazioni richieste.

*Il titolare del trattamento dei dati personali
Il Presidente*

CONSENSO

Il sottoscritto

preso atto dell'informativa che avete fornito ed in riferimento alle disposizioni di cui al decr. legisl. 196/03

- ✓ con riferimento alla possibile comunicazioni a terzi per gli adempimenti contabili e fiscali

ESPRIME IL CONSENSO NEGA IL CONSENSO

- ✓ con riferimento al trattamento dei dati sensibili

ESPRIME IL CONSENSO NEGA IL CONSENSO

Dichiara altresì di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dagli artt. 7 e segg. decr. legisl. 196/03.

_____,li _____



Domanda di Ammissione

DATI PER I CONTATTI

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/CURATORE/TUTORE

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a, nipote, coniuge..) _____

Indirizzo: Via _____ n. _____ Cap _____

Città _____ Telefono _____

Altri telefoni _____

Indirizzo email _____

Nel caso non ci sia un amministratore di sostegno, curatore o tutore, indicare:

PERSONA A CUI FAR SEMPRE RIFERIMENTO IN CASO DI BISOGNO / URGENZA

❶ Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a, nipote, coniuge..) _____

Indirizzo: Via _____ n. _____ Cap. _____

Città _____ Telefono _____

Altri telefoni _____

Indirizzo email _____

ALTRI PARENTI

❷ Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a, nipote, coniuge..) _____

Indirizzo: Via _____ n. _____ Cap. _____

Città _____ Telefono _____

Altri telefoni _____

Indirizzo email _____



Domanda di Ammissione

③ Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a, nipote, coniuge..) _____

Indirizzo: Via _____ n. _____ Cap. _____

Città _____ Telefono _____

Altri telefoni _____

Indirizzo email _____

④ Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a, nipote, coniuge..) _____

Indirizzo: Via _____ n. _____ Cap _____

Città _____ Telefono _____

Altri telefoni _____

Indirizzo email _____

⑤ Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a, nipote, coniuge..) _____

Indirizzo: Via _____ n. _____ Cap. _____

Città _____ Telefono _____

Altri telefoni _____

Indirizzo email _____

⑥ Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a, nipote, coniuge..) _____

Indirizzo: Via _____ n. _____ Cap. _____

Città _____ Telefono _____

Altri telefoni _____

Indirizzo email _____



Domanda di Ammissione

QUESTIONARIO DA COMPILARSI DA PARTE DEL PARENTE

Cognome e Nome dell'Ospite _____

N.B. *Crociare la voce che interessa.*

● **Igiene Personale**

- Autonomo
- Necessita di aiuto per una o più operazioni
- Totalmente dipendente

● **Toilette / Uso Servizi**

- Capace di gestire l'utilizzo WC
- Totalmente dipendente
- Incontinente o catetere

● **Alimentazione**

- Capace di alimentarsi da solo.
- Necessita di qualche aiuto (tagliare...)
- Totalmente dipendente. Deve essere imboccato
- PEG – Sondico Naso-gastrico

● **Passaggi posturali**

- Indipendente durante tutte le fasi
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- Utilizzo di sollevatore
- Allettato

● **Deambulazione**

- Indipendente nella deambulazione
- Non deambula autonomamente
- Vagabondaggio. Cammino non orientato.
- Deambula con l'utilizzo di ausili

● **Uso Carrozzina**

- Non utilizzo di carrozzina
- Utilizzo carrozzina solo per lunghi tragitti
- totalmente dipendente nell'utilizzo della carrozzina

● **Riposo / Sonno**

- Dorme tutta la notte
- Si sveglia sovente ma tranquillo
- Si sveglia sovente ma agitato
- altro:.....

● **altro da segnalare:**
.....

data _____

Firma _____



Domanda di Ammissione

DICHIARAZIONE DI CAPACITA' FINANZIARIA

A seguito della richiesta dell'Opera Pia A. E. Cerino Zegna per allegare alla Domanda di Ammissione ai servizi, il/la sottoscritto/a (NOME E COGNOME)

in qualità di (indicare grado di parentela/tutore/curatore/amministratore di sostegno), residente a

....., via/piazza/corso....., C.F.

..... Tel.

consapevole delle responsabilità, ai sensi delle vigenti leggi, cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più corrispondenti a verità

Dichiara

di essere in possesso dei requisiti di capacità finanziaria per i servizi richiesti nella domanda di ammissione in allegato.

Occhieppo Inferiore, li _____

firma LEGGIBILE



Domanda di Ammissione

LISTA DI CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE da allegare alla domanda di ammissione

- Fotocopia della Carta d'identità
- Fotocopia del Codice fiscale e/o Tesserino Sanitario magnetico
- Esenzioni ticket (rilasciato dall'ASL BI)
- Fotocopia del verbale invalidità o domanda invalidità (rilasciato da Medicina Legale ASL BI)
- Dichiarazione di capacità finanziaria
- Fotocopia di documenti ASL BI per rilascio di eventuali ausili (carrozzelle, deambulatori, pannoloni, ...)
- Fotocopia della Documentazione relativa alla pratica per ottenimento quota sanitaria (convenzione)
- Questionario da compilarsi da parte del medico curante

La domanda di ammissione dovrà essere consegnata all'Opera Pia A. E. Cerino Zegna - Ufficio Amministrazione - Accoglienza, Via Martiri della Libertà 196, 13897 Occhieppo Inferiore (BI), te: 015-2593853, fax: 015-2593851, accoglienza@cerinozegna.it // info@cerinozegna.it

SI PREGA DI TELEFONARE PER UN APPUNTAMENTO

Al momento dell'ingresso, sarà necessario consegnare all'Ufficio Accoglienza i seguenti documenti:

- Carta d'identità originale valida (se scaduta, dovrà essere rinnovata prima dell'ingresso)
- Codice fiscale e/o Tesserino Sanitario magnetico
- Tesserino sanitario cartaceo
- Esenzioni ticket (rilasciato dall'ASL BI)
- Verbale invalidità o domanda invalidità (rilasciato da Medicina Legale ASL BI)
- Documenti ASL BI per rilascio di eventuali ausili (carrozzelle, deambulatori, pannoloni, ...)
- Documentazione relativa alla pratica per ottenimento quota sanitaria (convenzione)

