



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:

<u>Residenza Cerino Zegna</u> <u>(Occhieppo Inf.)</u>	<u>Residenza Maria Grazia</u> <u>(Lessona)</u>	<u>Residenza Ines e Piera</u> <u>Capellaro (Mongrando)</u>
☐ Servizi Residenziali RSA	☐ Servizi Residenziali RSA	☐ Servizi Residenziali RSA
☐ Servizi Residenziali NAT		☐ Servizi Residenziali NAT
☐ Ospitalità Temporanea	☐ Servizi Residenziali Prima Accoglienza	☐ Centro Diurno Alzheimer
	☐ 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: art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Egregio Signore / Gentile Signora,

La informiamo che ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”, i dati da Lei forniti **al momento della richiesta di ammissione in Struttura o anche successivamente**, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa in oggetto.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Il trattamento dei dati è quindi innanzi tutto finalizzato alla assistenza sociosanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Piemonte ed alla ASL competente.

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

In particolare i dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- attività amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati
- attività di comunicazione ed informazione agli enti regionali o di controllo

DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I dati comuni potranno essere comunicati a terzi (ad esempio strutture di conteggio ed elaborazione di dati contabili, commercialisti) che per conto nostro cureranno gli adempimenti fiscali e contabili, nonché a società di assicurazione ai fini dell'operatività di polizze assicurative.

Inoltre i suoi dati potranno essere inseriti in elenchi utilizzati per comunicazioni a soggetti quali: INPS, ASL, Medici, Strutture Sanitarie, etc. in base a disposizioni di legge o regolamentari oppure su richiesta degli stessi. Potranno inoltre essere comunicati a soggetti espressamente autorizzati nell'ambito della nostra struttura.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A UN PAESE TERZO

Non sono previsti trasferimenti dei suoi dati a paesi terzi.

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, nonché comunque per il periodo previsto dalla legge.

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati richiesti sono necessari per lo svolgimento dell'attività e delle prestazioni richieste, e saranno trattati con strumenti informatici, telematici e in forma cartacea.

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 socio-sanitaria 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.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo che in relazione ai suddetti dati Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di richiedere al Titolare del trattamento dei propri dati personali, la rettifica (qualora non corretti o non aggiornati) o la cancellazione degli stessi ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano.
- Diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati che lo riguardano; il Titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di 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
- Diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca



Domanda di Ammissione

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

L'esercizio di tali diritti può avvenire tramite comunicazione scritta indirizzata al Titolare del trattamento dei dati della Struttura.

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo (in Italia Garante Privacy) o in sede giudiziale (artt. 77 e 79 Regolamento)

ESTREMI IDENTIFICATIVI E DI CONTATTO

La informiamo inoltre che il Titolare del trattamento dei dati è la Struttura Fondazione A. E. Cerino Zegna Impresa Sociale con sede in Biella via Battistero, 4.

I soggetti che nell'ambito delle loro mansioni, possono venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di soggetti autorizzati sono: i soggetti addetti agli Uffici Amministrativi, le Responsabili di Settore, la Direzione Sanitaria.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

La informiamo inoltre che la Struttura ha nominato un Responsabile Protezione Dati – RPD o DPO contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica dpo@cerinozegna.it oppure in forma cartacea all'indirizzo della struttura stessa.

NATURA DEL CONFERIMENTO

La informiamo che il conferimento dei suoi dati o di chi la rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore) in generale non è obbligatorio ma l'eventuale rifiuto ad autorizzare la comunicazione dei dati ai soggetti sopra indicati, comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione del contratto e all'adempimento delle prestazioni richieste.

Il Titolare

CONSENSO

Il sottoscritto _____ nato a _____, il _____,

C.F. _____, residente in _____,

in qualità di

☐ Interessato

☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)

dichiara di aver preso atto dell'informativa che avete fornito ed in riferimento alle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679

☐ ESPRIME IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

Data

Firma dell'interessato

Firma del Rappresentante Legale o soggetto legittimato



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 – Sondino 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

QUESTIONARIO DA COMPILARSI DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome dell'Ospite _____

N.B. *Crociare la voce che interessa e se pregressive o in atto specificare:*

1) affezioni cardiovascolari :

no ☐ _____
pregresse ☐ _____
in atto ☐ _____

2) malattie endocrine :

no ☐ _____
pregresse ☐ _____
in atto ☐ _____

3) malattie del sistema nervoso centrale :

no ☐ _____
pregresse ☐ _____
in atto ☐ _____

4) turbe psichiche :

no ☐ _____
pregresse ☐ _____
in atto ☐ _____

5) malattie del sangue :

no ☐ _____
pregresse ☐ _____
in atto ☐ _____

6) malattie apparato urogenitale :

no ☐ _____
pregresse ☐ _____
in atto ☐ _____

7) malattie a carico dell'apparato locomotore :

no ☐ _____
pregresse ☐ _____
in atto ☐ _____

8) malattie dermatologiche (piaghe da decubito, ecc.):

no ☐ _____
pregresse ☐ _____
in atto ☐ _____



Domanda di Ammissione

9) allergie :

si ☐ quali _____
no ☐

10) diabete :

si ☐ (specificare se seguito da un centro antidiabetico):
no ☐

11) disturbi del comportamento :

si ☐ quali _____
(vagabondaggio – ansia – agitazione/aggressività – deliri – allucinazioni – depressione/disforia – apatia/indifferenza
disinibizione – irritabilità – disturbi dell'appetito e dell'alimentazione – disturbi del sonno)
no ☐

12) altre malattie in atto (specificare) : _____

13) terapia in corso : _____

14) incontinenza :

urinaria : si ☐ no ☐ (specificare se catetere o pannoloni)
fecale : si ☐ no ☐

Si certifica chel.....Sig./Sig.ra

nat..... a non è affett..... da malattie infettive e
contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche che non consentono la vita in comunità.

Timbro

Il Medico curante

Firma

Se l'ospite si trova all'ospedale o presso altra Struttura portare:

- lettera dimissioni ospedale
- documentazione dimissioni altra struttura



Domanda di Ammissione

DICHIARAZIONE DI CAPACITA' FINANZIARIA

A seguito della richiesta alla Fondazione 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
- Fotocopia Esenzioni ticket (rilasciato dall'ASL BI)
- Fotocopia del verbale invalidità o domanda invalidità (rilasciato da Medicina Legale ASL BI)
- 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, se l'ospite si trova al proprio domicilio

La domanda di ammissione dovrà essere consegnata alla Fondazione A. E. Cerino Zegna Impresa Sociale - Ufficio Amministrazione – Accoglienza, Via Martiri della Libertà 196, 13897 Occhieppo Inferiore (BI)

tel: 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



Domanda di Ammissione

SEZIONE RISERVATA ALL'ENTE

AMMISSIONE

Direzione Sanitaria

La persona viene ritenuta, a livello sanitario,

☐ idonea ☐ non idonea

alla frequenza del servizio richiesto.

Note:.....

.....

.....

.....

.....

Data:.....

Firma:

IL DIRETTORE SANITARIO

Direzione Generale

Note:.....

.....

.....

.....

.....

Data:.....

Firma:

IL DIRETTORE GENERALE

STATO DELLA DOMANDA