



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "Ardito Desio"

Piazza Garibaldi 7 - 33057 Palmanova (UD) c.f. 81001370303 - p.i. 01036500302 ☎ (0432) 929372 - 928238
mail-box: info@aspartitodesio.it - sito internet : www.aspartitodesio.it

RICHIESTA DI ACCOGLIMENTO

Il sottoscritto: _____ (cod.fis. _____)

residente a _____ (prov. _____)

in qualità di: parente civilmente obbligato (specificare): _____

se figlio elencare eventuali fratelli e/o sorelle _____

sindaco suo delegato (qualifica) _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO

del/la signor/a _____ (cod. fis. _____)

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

residente a _____ (prov. _____)

via/piazza _____ nr _____

stato civile: libero/a coniugato/a con: _____

separato-a/divorziato-a da _____ vedovo/a di fu _____

figlio/a di: _____ e di: _____

Comune domicilio di Soccorso: _____

A.A.S. di appartenenza: _____ di _____ nr. tessera _____

Precedenti ricoveri in residenze per anziani: no si (specificare): _____

nome e luogo struttura: _____

periodo di permanenza dal _____ al _____ (specificare l'ultimo se più di uno).

Dichiara inoltre di garantire il pagamento della retta mensile (spedire nota spese al seguente indirizzo):

nome o Ente _____

via/piazza _____ nr. _____

c.a.p. _____ città _____ (prov.) _____

Per le comunicazioni telefoniche contattare:

- 1) nome: _____ ☎ 1 _____ / _____ orario _____
☎ 2 _____ / _____ orario _____
- 2) nome: _____ ☎ 1 _____ / _____ orario _____
☎ 2 _____ / _____ orario _____
- 3) nome: _____ ☎ 1 _____ / _____ orario _____
☎ 2 _____ / _____ orario _____

Indirizzo per l'eventuale corrispondenza:

Cognome _____ Nome _____

via _____ nr. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____

_____, li _____

firma: _____

La presente richiesta costituisce esplicito impegno a corrispondere l'intera retta nella misura e con le modalità stabilite dall'Amministrazione.

Nota: la presente sarà protocollata e inserita in una lista d'attesa. Al momento della liberazione di un posto verrà comunicato al richiedente la disponibilità all'accoglimento **esclusivamente per via telefonica**. Si consiglia pertanto di lasciare più di un recapito (eventualmente anche del cellulare) per avere la certezza di essere raggiunti in caso di comunicazioni.

(Parte riservata all'Amministrazione)

Elenco documenti da allegare alla presente: (barrare la casella se consegnati)

- 1) Certificato Medico su modello di questa ASP
2) Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili su apposito modello dell'ASP
3) verbale dell' UVD rilasciata dall'AAS di competenza

Elenco documenti da consegnare all'atto dell'ingresso:

In originale:

- 1) tessera sanitaria
2) carta d'identità
3) eventuali autorizzazioni per presidi sanitari (pannoloni, cateteri, medicazioni ecc.)
4) tutta la documentazione sanitaria in possesso alla data dell'ingresso
5) ricevuta attestante il pagamento della cauzione retta ospitalità

In fotocopia:

- 1) codice fiscale
2) verbale di concessione di eventuale invalidità e/o assegno di accompagnamento. Se in attesa di visita, allegare, se in possesso, fotocopia della domanda inviata all'A.S.S. di appartenenza.

RICEVUTO IN DATA: _____ / _____ / _____ NUMERO PROT. _____ / _____

L'Ospite perfettamente in grado di intendere e di volere, autosufficiente, esime l'ASP "ARDITO DESIO" dalla responsabilità penale e patrimoniale inerenti ad eventi che si possono verificare in caso di allontanamento volontario dalla struttura.

firma _____

Il sottoscritto civilmente obbligato per il/la Signor/a _____, ospite della struttura ASP "A. Desio", persona che ne ha chiesto il ricovero, dichiara di essere a conoscenza della facoltà dell'ospite di allontanarsi volontariamente dalla struttura e di esimersi da qualsiasi responsabilità l'Azienda "Ardito Desio".

firma _____

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASU FC)

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA PRESENTARE PER L'INGRESSO IN STRUTTURA
RESIDENZIALE PER ANZIANI**

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

INVALIDITA' CIVILE: SI NO
Se NO Presentato domanda di invalidità civile? Si No
Se SI Quando? _____

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: _SI NO

AUTORIZZAZIONE FORNITURA PRESIDI PER L'INCONTINENZA: SI NO

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (patologie importanti ed eventuali ricoveri, traumi ed esiti,
interventi chirurgici, patologie psichiatriche.....):

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA: _____

ESAME OBIETTIVO

Apparato cardiorespiratorio: _____

Necessita di ossigenoterapia? SI NO

Portatore di pace-maker? SI NO

Apparato gastroenterico: _____

Apparato genito - urinario: _____

Apparato neuromuscolare: _____

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASU FC)

Apparato osteoarticolare: _____

Apparato endocrino: _____

Cute ed annessi: _____

Occhi: _____

Orecchie: _____

Bocca e rinofaringe: _____

P.A. _____ **PESO : Kg.** _____ **ALTEZZA** _____

ABITUDINI: Fumatore NO SI Quante sigarette al giorno ? _____

Fa uso di alcolici ? NO SI Modica quantità

Alcoolista

Fa uso di sostanze stupefacenti? NO SI Quali ? _____

VACCINAZIONI: antitetanica NO SI date somm.ne _____

antinfluenzale NO SI data somm.ne _____

antipneumococcica NO SI data somm.ne _____

Altre vaccinazioni: _____

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

TERAPIA ATTUALE E POSOLOGIA: _____

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASU FC)

NOTIZIE DI INTERESSE ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma con Bastone con Girello con aiuto * Impossibile

Se * : si alza autonomamente in carrozzina
deve essere alzato in carrozzina
è costantemente alettato

ELIMINAZIONE: è incontinente ? NO ⇒ deve essere accompagnato in bagno ? SI NO
SI ⇒ Urine Feci Urine/Feci

Uso di : Pannolone Condom Catetere a permanenza
Alvo: Regolare Diarroico Stitico
Uso saltuario di lassativi Uso regolare di lassativi

Ha piaghe da decubito ? : NO SI
Se SI , sede/i e grado della/e lesione/i _____

Trattamento attuale _____

ALIMENTAZIONE : Autonoma Con piccolo aiuto Deve essere imboccato
Alimentazione enterale con sondino naso gastrico Portatore di P.E.G.
Denti propri Protesi Edentulo
Dieta: solida Semisolida Liquida
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: Autonoma con piccolo aiuto Totalmente dipendente
Si veste: da solo con piccolo aiuto Totalmente dipendente

RITMO SONNO/SVEGLIA: Normale Insonnia Ipersonnia
Inversione ritmo sonno/veglia

COMPORAMENTO: Tranquillo Agitato, disturba la comunità Aggressivo
Confuso/disorientato Tende a fuggire (Vagabondaggio)

RIABILITAZIONE: Non necessaria *Necessita di fisioterapia
Se* quali interventi? _____

Data ____/____/____

AUTOSUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

Timbro e firma del medico

“Dichiarazione attestante il ricevimento dell’informativa”

All’Ente gestore della struttura residenziale

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA “Ardito Desio” Piazza Garibaldi, 7 33057 PALMANOVA (UD) Cod. Fisc. 01001370303 Part. IVA 01036500302 Tel. 0432.928288 - Fax 0432.924090
(Inserire DENOMINAZIONE e INDIRIZZO struttura residenziale)

Il/la sottoscritto/a

(NOME)
(COGNOME)

in qualità di (spuntare una delle caselle):

diretto interessato

persona che cura gli interessi del/la signor/a

(NOME)
(COGNOME)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000**, di aver preso visione delle modalità e delle procedure da seguire ai fini dell’ottenimento del contributo aggiuntivo di abbattimento della retta giornaliera di accoglienza di cui all’articolo 13, della L.R. 10/97, legato alla situazione economica del beneficiario e del suo nucleo familiare.

			/				/			
(DATA)										

(FIRMA)



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
“Ardito Desio”

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Ardito Desio", presso la quale Lei dimora (o presso la quale dimora il Suo familiare o colui per il quale Lei è a vario titolo delegato o responsabile, in qualità di parente, tutore o altre forme previste) desidera informarla circa le modalità con cui tutela la riservatezza e protegge i dati personali dell'ospite e dei familiari o rappresentanti legali.

Titolare del trattamento
Titolare del trattamento dei dati è L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Ardito Desio" con sede a Palmanova in P.zza Garibaldi n. 7, email info@aspartitodesio.it – PEC direzione@pec.aspartitodesio.it
Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)
Il Responsabile della protezione dei dati è reperibile agli stessi dati di contatto del Titolare o all'indirizzo email privacy@aspartitodesio.it .

Finalità e basi giuridiche del trattamento:

Finalità	Base giuridica del trattamento
Gestione della procedura di richiesta di accoglimento (Gestione della richiesta, Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli Utenti).	Art. 6 comma 1 lett. B GDPR - Adempimento di un contratto.
Gestione delle procedure di pagamento (PagoPa, mandato di pagamento, eventuali dati reddituali per l'ottenimento di contributi pubblici, fatturazione).	Art. 6 comma 1 lett. B GDPR - Adempimento di un contratto. Art. 6 comma 1 lett. C GDPR - Trattamento necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento.
Gestione delle diverse attività conseguenti alla permanenza dell'Ospite presso la struttura (gestione messaggi, richieste, rapporti con parenti, ecc.).	Art. 6 comma 1 lett. B GDPR - Adempimento di un contratto.
Gestione socio-sanitaria dell'utenza in relazione ai servizi all'interno della struttura (assistenza o terapia, riabilitazione, attività infermieristica/medica, servizi igienici e di cura della persona, ristorazione). Questa attività include anche la raccolta dei dati in sede di richiesta di accoglimento.	Art. 9 comma 2 lett. H GDPR - trattamento necessario per finalità di cura. Provv.to Garante n. 55/2019.
Gestione socio-sanitaria dell'utenza in relazione a servizi erogati da soggetti esterni (visite specialistiche, trasporti, ricoveri, ecc.).	Art. 6 comma 1 lett. B GDPR - Adempimento di un contratto.
Gestione della documentazione analogica relativa ai servizi resi all'utenza: cartella sanitaria, diario infermieristico/fisioterapico/assistenziale/quaderno delle consegne. Agenda programmazione attività educative e di animazione.	Art. 9 comma 2 lett. H GDPR - trattamento necessario per finalità di cura. Provv.to Garante n. 55/2019.
Eventuale gestione accesso procedimentale, accesso civico, accesso generalizzato da parte di terzi. Gestire la protocollazione, l'archiviazione e la conservazione ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale (D.Lgs 82/2005 e s.m.i.) di dati, informazioni, comunicazioni anche elettroniche e documenti inerenti le pertinenze ed in generale i servizi erogati ed i rapporti giuridici intercorrenti. Finalità di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.	Art. 6 comma 1 lett. E GDPR - Trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare.
Adempiere agli obblighi fiscali e contabili previsti dalla legge.	Art. 6 comma 1 lett. C GDPR - Trattamento necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento.
Gestione delle comunicazioni all'esterno circa la permanenza dell'ospite presso la struttura (anche dati sanitari, condizioni generali, fatti e situazioni accadute nel corso della permanenza, ecc.).	Art. 6 comma 1 lett. A GDPR – Consenso dell'interessato. Art. 9 comma 2 lett. A GDPR – Consenso dell'interessato.
Effettuazione di riprese video, audio o fotografie di eventi, manifestazioni e attività varie, che potranno coinvolgere l'Ospite e suoi familiari.	Art. 6 comma 1 lett. A GDPR – Consenso dell'interessato.

I Suoi dati personali potranno essere inoltre comunicati ad altri soggetti o categorie generali di soggetti diversi dal Titolare, quali:

Soggetti terzi o categorie	Finalità	Note
Società informatiche, fornitori di reti, servizi di comunicazione elettronica e servizi informatici e telematici di archiviazione e gestione informatica dei dati.	Gestione, manutenzione, aggiornamento dei Sistemi e software usati dal Titolare; servizi di archiviazione e conservazione digitale dei documenti elettronici ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale (D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.). Servizi di Hosting, housing, Cloud, SaaS ed altri servizi informatici remoti indispensabili per l'erogazione delle attività del Titolare.	Soggetti nominati responsabili esterni del trattamento (art. 28 GDPR); maggiori informazioni presso il DPO.
Cooperativa assegnataria dell'appalto servizi di assistenza e altri servizi ausiliari; società servizio di ristorazione; Associazioni di volontariato assegnatarie dei servizi trasporto; enti del ssr; esercenti le professioni sanitarie (esterni); Singolo operatore della Cooperativa assegnataria del Servizio (in relazione alla sua attività).	Integrare le attività ed i servizi dell'Azienda e in relazione alla permanenza dell'Ospite presso la struttura, finalità amministrative, gestire parte del procedimento o parte del Servizio in forza di contratto di servizi/convenzione, erogare il servizio.	Soggetto nominato responsabile esterno del trattamento (art. 28 GDPR); maggiori informazioni presso il DPO.
Consulenti, professionisti, Studi legali, arbitri, assicurazioni, periti, broker.	Gestione aspetti legali e amministrativi del rapporto amministrativo e contrattuale; attività giudiziale, stragiudiziale, assicurativa in caso di sinistri.	Soggetti nominati responsabili esterni del trattamento (art. 28 GDPR) o considerati Titolari autonomi del trattamento. Informazioni presso il DPO.
Soggetti istituzionali, amministratori di sostegno, Tribunali, altre pubbliche amministrazioni, enti, società pubbliche, anche per conferenze di Servizi.	Comunicazione obbligatorie previste da norme di legge e regolamento	Soggetti nominati responsabili esterni del trattamento (art. 28 GDPR) o considerati Titolari autonomi del trattamento. Informazioni presso il DPO.
Altri enti locali, Aziende Sanitarie, unioni di Comuni, comunità montane, UTI ed altre pubbliche amministrazioni.	Per gestione del servizio in convenzione con altri enti o con altre forme di condivisione in forza di legge o regolamento. Altre finalità sanitarie, sociali ed istituzionali.	Informazioni presso il DPO.

Le illustriamo di seguito il periodo di conservazione dei dati personali oppure, se non è possibile stabilirlo, i criteri utilizzati per determinare tale periodo:

Dati personali e documenti	Periodo di conservazione o criteri per determinarlo
Dati, atti anche sanitari (cartella clinica) atti istruttori endoprocedimentali, documenti, analogici o informatici, contenuti nei fascicoli del procedimento	In conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
Dati e documenti informatici presenti nei sistemi informativi dell'ente	In conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
Dati, atti ed informazioni pubblicate sul sito web istituzionale (Es. eventuali graduatorie ecc.)	Albo pretorio online 15 giorni (salvo diversi termini previsti dalla legge). 5 anni dal 1° gennaio successivo all'anno di pubblicazione (in caso di pubblicazione in "Amministrazione Trasparente").

La informiamo altresì dell'esistenza di alcuni Suoi diritti sui dati personali e sulle relative modalità per esercitare gli stessi nei confronti del Titolare.

Diritto	Modalità di esercizio
---------	-----------------------

Diritto di revoca del consenso (art. 13 comma II lett. A e art. 9 comma II lett. A)	Modulistica scaricabile sul sito web o disponibile in formato cartaceo presso gli Uffici.
Diritto di accesso ai dati (art. 15)	Modulistica scaricabile sul sito web o disponibile in formato cartaceo presso gli Uffici.
Diritto di rettifica (art. 16)	Modulistica scaricabile sul sito web o disponibile in formato cartaceo presso gli Uffici.
Diritto all'oblio (art. 17)	Il diritto si esercita aprendo idonea procedura presso il DPO.
Diritto alla limitazione del trattamento (art. 18)	Il diritto si esercita aprendo idonea procedura presso il DPO.
Diritto alla portabilità (art. 20)	Il diritto si esercita aprendo idonea procedura presso il DPO.
Diritto di rivolgersi all'autorità Garante per la protezione dei dati personali	Contattando l'Autorità tramite i recapiti presenti sul sito web istituzionale www.garanteprivacy.it .

L'esercizio dei diritti succitati è subordinato ai limiti, alle regole e procedure previste dal Regolamento UE 2016/679 che l'Interessato deve conoscere e porre in essere. Concordemente a quanto previsto dall'art. 12 comma 3, inoltre, il Titolare fornirà all'interessato le informazioni relative all'azione intrapresa senza ingiustificato ritardo e, comunque, al più tardi entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta stessa. Tale termine potrà essere prorogato di 60 giorni, se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste. Il Titolare del trattamento informa l'interessato di tale proroga, e dei motivi del ritardo, entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta.

La informiamo inoltre che i dati personali che la riguardano possono essere raccolti presso terzi, quali banche dati pubbliche o altre fonti, come di seguito specificato:

Dati, documenti e informazioni	Raccolti
Dati e documenti relativi agli aspetti della sua permanenza, atti istruttori del procedimento e la verifica dei presupposti di legge, in particolare quando il procedimento è gestito unitamente ad altre P.A. (conferenza di servizi, convenzioni, associazioni, unioni ecc.).	Richiesti direttamente dall'Azienda presso altre pubbliche amministrazioni o tramite Banche dati pubbliche (Anagrafe di altri Comuni, Agenzia delle Entrate, INPS, Agenzia del Territorio ecc.).
Dati e documenti per la verifica delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi del DPR 445/00.	Informazioni presso il DPO.

Il conferimento dei dati personali (art. 6 GDPR) e particolari (art. 9 GDPR) richiesti o raccolti dall'Ente è obbligatorio secondo le condizioni di legge. Tali dati personali potranno essere esclusivamente conosciuti da dipendenti e/o collaboratori dell'Azienda, specificatamente autorizzati a trattarli come incaricati al trattamento ed anche, ove necessario, da altri titolari e contitolari come sopra descritto. Gli incaricati sono tenuti al segreto ed alla riservatezza dei dati trattati anche sulla base di apposito Disciplinare tecnico/giuridico/operativo interno. E' prevista la possibilità di prestare il consenso in via facoltativa per le finalità indicate nell'apposita sezione. Il consenso, laddove prestato, può essere revocato successivamente in ogni momento senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento svolto in precedenza.

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
ospite/aspirante ospite di codesta A.S.P.

dichiaro di aver preso visione dell'informativa

Data/...../.....

* Firma.....

* nel caso in cui l'Ospite sia impossibilitato a sottoscrivere il presente modulo, la firma può essere apposta dal tutore o altro soggetto che ha la rappresentanza dell'Ospite o altro soggetto autorizzato dall'Ospite, anche ai fini del trattamento dei dati che lo riguardano. In tale caso gli Uffici dell'ente sono disponibili a descrivere direttamente all'Ospite anche oralmente i contenuti dell'informativa.

DATI DEL FIRMATARIO SE DIVERSO DALL'OSPITE

CONSENSI FACOLTATIVI

COMUNICAZIONE INFORMAZIONI SULLA SUA PRESENZA NELL'ENTE

L'AZIENDA comunicherà informazioni sulla sua permanenza (es. anche dati sanitari, condizioni generali, fatti e situazioni accaduti nel corso della permanenza, ecc.) ai seguenti soggetti:

chiunque ne faccia richiesta (solo condizioni generali e permanenza).

i seguenti familiari / conoscenti: _____

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

FOTOGRAFIE E VIDEO

Nel corso della permanenza presso le nostre strutture potranno essere effettuate riprese video, audio o fotografie di eventi, manifestazioni e attività varie, che potranno coinvolgere l'Ospite e suoi familiari. Le riprese sono effettuate per finalità di informazione, promozione delle attività ludiche, educative e didattiche, gestione di progetti ludici, educativi o didattici, con eventuale diffusione anche su bacheche interne, sul sito web istituzionale o su profili social dell'Azienda, nel rispetto della dignità e del decoro delle persone.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data/...../.....

* Firma.....

* nel caso in cui l'Ospite sia impossibilitato a sottoscrivere il presente modulo, la firma può essere apposta dal tutore o altro soggetto che ha la rappresentanza dell'Ospite o altro soggetto autorizzato dall'Ospite.