

Al Signor Sindaco/Presidente Residenza Protetta  
del Comune di \_\_\_\_\_ MATELICA \_\_\_\_\_

Alla Segreteria delle Cure Domiciliari  
Via del Glorioso, 8  
62027 – SAN SEVERINO MARCHE  
Fax 0733/642265

**IL FAMILIARE:**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono casa \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Persona anziana richiedente l'ingresso in struttura residenziale
- Familiare dell'anziano

***PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO IN CASA DI RIPOSO-RESIDENZA  
PROTETTA***

1. Presso la struttura di \_\_\_\_\_
2. Presso una qualsiasi struttura del distretto (in caso di rinuncia sceglie di rimanere in graduatoria unicamente per la struttura di \_\_\_\_\_)

**L'OSPITE:**

per Il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Si impegna al pagamento della retta giornaliera di ricovero.

Distinti saluti.

MATELICA, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegati da compilare:

- Domanda di attivazione al sistema delle **cure domiciliari** redatta dal MMG;
- Dichiarazione sostitutiva **dell'atto di notorietà** attestante la situazione socio-economica della persona anziana che richiede l'ingresso in struttura;
- **Certificazione ISEE** del nucleo familiare della persona anziana;
- Copia del **documento del paziente** di riconoscimento in corso di validità;
- **IBAN+EMAIL del familiare** per eventuali rimborsi ospedalieri e comunicazioni varie.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi  
(FAMILIARE)

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a.....nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
....., il..... con residenza anagrafica nel Comune  
di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
....., n.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

in qualità di:

- Persona anziana richiedente l'ingresso in struttura residenziale
- Familiare dell'anziano

## DICHIARA

Per il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

### A. SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE

1. Vive solo/a  con il coniuge  con i figli  con altri

#### 2. RAPPORTI CON I FAMILIARI:

GRADO DI PARENTELA	Quotidiani	Frequenti	Saltuari	Inesistenti

#### 3. RAPPORTI CON AMICI E VICINATO:

ottimi  buoni  sufficienti  carenti  conflittuali

#### 4. COME TRASCORRE LA GIORNATA (attività prevalenti):

TV  piccole occupazioni familiari  hobbies  cinema o teatro  circoli o bar   
Parrocchia  lavori domestici  letto/poltrona  altro

#### 5. TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO

## B. SITUAZIONE ASSISTENZIALE

DA PARTE DI (indicare il soggetto che eroga l'intervento assistenziale: familiari, comune, ASUR, volontariato, assistente privato, ecc.)	TIPOLOGIA	FREQUENZA

1. SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A:

coniuge  parenti  vicini/amici  figli  volontariato  personale retribuito

2. BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI:

assistenza domiciliare domestica (SAD)  soluzione abitativa  pasti a domicilio   
 contributo economico  servizio lavanderia  segretariato sociale  telecontrollo   
 compagnia  mensa  altro (*specificare*)  .....

3. SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

assistenza domiciliare domestica (SAD)  assistenza domiciliare integrata (ADI)   
 servizio di trasporto facilitato anziani (taxi sociale)  assegno di cura   
 altro (*specificare*)  .....

### C. SITUAZIONE ABITATIVA

1. TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE:

proprietà  affitto  canone mensile € ..... altro (specificare)

.....

2. LOCALIZZAZIONE:

casa isolata  gruppo di case  centro storico  periferia  frazione

3. SERVIZI DI TRASPORTO:

sufficienti  insufficienti

accessibili  non accessibili

4. PIANO DELL'ABITAZIONE:

terra  1°  2°  3°  4°  5°  superiore al 5°

5. Ascensore

sì  no

6. Ha una stanza propria

sì  no

7. Riscaldamento:

termosifoni  stufe  altro  no

8. Servizi igienici:

interni con bagno o doccia  interni senza bagno o doccia  esterni

9. Telefono:

sì  no

10. Barriere architettoniche:

INTERNE sì  no

ESTERNE sì  no

D. SITUAZIONE ECONOMICA

1. Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferita all'ultima dichiarazione dei redditi presentata: € .....

2. Percepisce indennità di accompagnamento:      sì     no

Letto, confermato e sottoscritto.

IL/LA DICHIARANTE

..... Il, .....

.....

-----  
Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è

sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto *oppure*

sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

-----  
Dichiaro altresì di essere informato, giusta art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

**FONDAZIONE TOMMASO DE LUCA - ENRICO MATTEI**

Residenza Protetta – Casa di Riposo

Via Tommaso de Luca 2

Email: [fondazione@casadiriposomatelica.it](mailto:fondazione@casadiriposomatelica.it)

Tel e fax: 0737-782294/85437

C.F.: 83001870431 - P. IVA: 00328550439

**CONSENSO INFORMATO AL RICOVERO PRESSO LA  
CASA DI RIPOSO "E.MATTEI"**

**(DATI DELL'OSPITE)**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Il .....  
residente a ..... via ..... tel. n° .....

**1° referente**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Il .....  
residente a ..... tel. n° .....

**2° referente**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Il .....  
residente a ..... tel. n° .....

Informati dei rischi generici che possono accadere all'interno della struttura, in particolare:

1. che un Ospite, non autorizzato a lasciare la struttura, dal proprio medico curante, si allontani, o a seguito delle auto, o perché il cancelletto è stato inavvertitamente lasciato aperto, nonostante che la Casa di Riposo sia dotata di aperture sorvegliate e l'apertura è comandata dal personale in servizio o tramite chiavi consegnate ai famigliari;
2. che gli Ospiti, nonostante che giornalmente hanno una assistenza maggiore di quella stabilita dalla Regione Marche, sono soggetti agli stessi rischi ed agli stessi tipi di infortuni che possono loro capitare in casa.

La Fondazione non assume responsabilità alcuna per valori conservati nelle stanze degli Ospiti; declina inoltre ogni responsabilità per danni che possano derivare, senza colpa, agli Ospiti o alle loro cose nell'ambito della Casa di Riposo/Residenza Protetta, per cause non imputabili alla stessa.

LA DIREZIONE FA PRESENTE CHE, PER ESIGENZE ORGANIZZATIVE, L'OSPITE POTRA' IN SEGUITO ESSERE TRASFERITO IN ALTRA STANZA RISPETTO A QUELLA DI INGRESSO.

Consapevoli di ciò, danno il loro assenso al ricovero presso la Casa di Riposo "E. Mattei".

L'Ospite.....

**FIRMA 1° Referente** .....

2° Referente.....

Matelica, li .....

**FONDAZIONE TOMMASO DE LUCA - ENRICO MATTEI**

Residenza Protetta – Casa di Riposo

Via Tommaso de Luca 2

Email: [fondazione@casadiriposomatelica.it](mailto:fondazione@casadiriposomatelica.it)

Tel e fax: 0737-782294/85437

C.F.: 83001870431 - P. IVA: 00328550439

**CONSENSO INFORMATO ALL'USO DI AUSILI PER LA MOBILITA' E DI EVENTUALI MEZZI DI CONTENZIONE.**

**DATI DELL'OSPITE**

Sig/ra.....  
nato/a a ..... il .....

**1° referente**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il ..... tel.n.....

residente a .....via.....cap .....

**2° referente**

Il/la sottoscritto/a .....

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

residente a .....tel. n° .....

Informati dei rischi che potrebbero succedere, se non fossero utilizzati gli ausili per la mobilità e gli eventuali mezzi di contenzione ritenuti necessari,

Consapevoli di ciò  autorizzano  
 non autorizzano

***il personale infermieristico ed assistenziale all'uso degli ausili per la mobilità e di eventuali mezzi di contenzione prescritti dal personale medico***

Firma

Ospite .....

**FIRMA 1° Referente** .....

2° Referente.....

Matelica, li .....

DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 16 DELLA CONVENZIONE  
ASUR/RP  
ANNO 2018

Sig.ra \_\_\_\_\_

Con la presente si informa la S.V. che la tariffa giornaliera a carico dell'ospite per l'anno 2016 presso la Residenza Protetta di Matelica è di € 38,14 e comprende le seguenti prestazioni:

Prestazioni assistenziali

- assistenza infermieristica 20';
- assistenza O.S.S. 80';

La tariffa di riferimento a carico dell'ospite non autosufficiente che comprende tutti i servizi generali di vitto e alloggio è pari ad € 33,00

Prestazioni, interventi fuori dai requisiti di accreditamento e/o erogate su richiesta del paziente, aggiuntive alla tariffa base: € 5,14

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	DESCRIZIONI PRESTAZIONE	VALORIZZAZIONE IN € AL GIORNO	
Personale sanitario	Infermiere: 6'	€ 1,68	○
Personale assistenziale	OSS: 8'	€ 2,69	○
Alloggio	Camera singola	€ 4,07	○
Altro	Podologa, barbiera, parrucchiera	€ 0,59	○

Firma dell'ospite per  
presa visione e accettazione

Matelica, \_\_\_\_\_

## Fondazione Tommaso de Luca – Enrico Mattei

Residenza Protetta – Casa di Riposo

Via Tommaso de Luca 2 – 62024 MATELICA (MC)

Tel 0737-85437 – fax 0737 782294

C.F. : 83001870431 - P. IVA: 00328550439

Email: [fondazione@casadiriposomatelica.it](mailto:fondazione@casadiriposomatelica.it)

FONDAZIONE TOMMASO DE LUCA - ENRICO MATTEI -	
ELENCO INDUMENTI PERSONALI ALL' INGRESSO	
n° GUARDAROBA _____	
COGNOME NOME	
INDUMENTI PERSONALI -	
DESCRIZIONE	
N.4 MUTANDE	BIANCHE PURO COTONE
N.4 CANOTTIERE	BIANCHE PURO COTONE O COTONE FELPATO
N.4 MAGLIE	COTONE FELPATO
N.4 TUTE	
N.4 CAMICIE O MAGLIETTE	
N.4 PAIA DI CALZINI	
N.3 BAVAGLINI	
N.3 PIGIAMI O CAMICE DA NOTTE	

IMPORTANTE:ENTRO 20 GIORNI DALL'INGRESSO IN STRUTTURA L'OSPITE DOVRA' SPOSTARE LA PROPRIA RESIDENZA IN CASA DI RIPOSO COME PREVISTO DALLE NORMATIVE VIGENTI.

BORSONE CONTENENTE INDUMENTI INTIMI PER EVENTUALI RICOVERI D'URGENZA (PIGIAMA, POSATE, TAZZA, BICCHIERE ED ASCIUGAMANO)  
LIBRETTO SANITARIO

CODICE FISCALE

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO NON SCADUTO

COPIA DEL VERBALE DI INVALIDITA' O COPIA DELLA DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDI' SI PREGA DI CONSEGNARE IBAN PER EVENTUALI RIMBORSI IN CASO DI RICOVERO ED ALTRO

COPIA DELLE ANALISI CLINICHE

AUTORIZZAZIONE PANNOLONI

DEPOSITO MEDICINALI 100 EURO(COMPRESO DEPOSITO PER C.R.I.)

VERSAMENTO DI €. 50,00 PER ACQUISTO LENZUOLI ED ASCIUGAMANI BIANCHI

OGNI CAPO DEVE ESSERE CONTRASSEGATO CON IL NUMERO ASSEGNATO ;

EVENTUALI INTEGRAZIONI DEL CORREDO DOVRANNO ESSERE CONSEGNATE AL SERVIZIO LAVANDERIA

**IBAN IT21M 08765 69150 00009 01701 69 IN CUI VERSARE LA RETTA**

EMAIL ISTITUTO:[fondazione@casadiriposomatelica.it](mailto:fondazione@casadiriposomatelica.it)

latte caffè **INFORMATIVA AI SENSI DELL' ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE  
2016/679**

---

Gentile Utente,

secondo la normativa indicata, il trattamento dei suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni.

**Titolare del Trattamento**

FONDAZIONE TOMMASO DE LUCA -ENRICO MATTEI  
VIA Tommaso De Luca, 2 62024 - MATELICA - MC  
TEL. 0737/85437  
EMAIL: [fondazione@casadiriposomatelica.it](mailto:fondazione@casadiriposomatelica.it)  
PEC: [fondazione@pec.casadiriposomatelica.it](mailto:fondazione@pec.casadiriposomatelica.it)

Nella persona del Suo Legale Rappresentante protempore SANTINI FABIOLA

**Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)**

MORELLO ROBERTO  
CBA CONSULTING SRL  
TEL.0464491600  
EMAIL: [commerciale@cba.it](mailto:commerciale@cba.it)  
PEC: [cbaconsulting@legalmail.it](mailto:cbaconsulting@legalmail.it)

**Informazioni sui dati raccolti**

DATI PERSONALI ANAGRAFICI DELL'OSPITE E DI EVENTUALI FAMILIARI O REFERENTI	
FINALITÀ TRATTAMENTO	A. Prestare il servizio oggetto del rapporto contrattuale stipulato con la struttura; B. Finalità amministrativo contabili connesse alla prestazione del servizio; C. Adempimento degli obblighi di legge connessi al rapporto contrattuale D. Collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di legge E. Analisi statistiche interne anonime. F. Informazioni su nuovi servizi erogati dall'Ente

LICEITÀ TRATTAMENTO	<p>Finalità A, B ed E: Senza il Vostro consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6 lett. b) del GDPR)</p> <p>Finalità C e D: Senza il Vostro consenso espresso, quando il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento (art. 6 lett. c) del GDPR)</p> <p>Finalità F: Con il Vostro consenso espresso per ogni finalità (art. 6 lett. a), art. 9 par. 2 lett.a) del GDPR)</p>
BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	Finalità C e D: Codice Civile
CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amministrativi dell'Ente</li> <li>• Amministrazione Finanziaria, enti previdenziali ed assistenziali;</li> <li>• Società che gestiscono reti informatiche e telematiche; società di elaborazione dati contabili e redazione adempimenti fiscali;</li> <li>• Società di servizi postali; banche ed istituti di credito nell'ambito della gestione finanziaria dell'impresa;</li> <li>• Società, enti, consorzi o altre organizzazioni, aventi finalità di assicurazione, di intermediazione finanziaria, bancaria e simili, le quali a loro volta potranno comunicare i dati o concedere l'accesso nell'ambito dei propri soci, aderenti, utenti e relativi aventi causa;</li> <li>• Società o enti di recupero del credito per le azioni relative;</li> <li>• Legali, medici e altri consulenti tecnici.</li> <li>• Enti Pubblici collegati all'Ente</li> </ul>
TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE	No
PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI	Fino al termine del contratto e per dieci anni successivi
OBBLIGATORIETÀ FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE	<p>Finalità A, B, C, D, E: Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'esecuzione del contratto richiesto. Il mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio</p> <p>Finalità F: Il consenso è facoltativo. La mancata comunicazione impedirà l'informazione attraverso posta elettronica, cartacea o telefonica dei servizi nuovi implementati dall'Ente.</p>

Fonte di origine dei dati	Raccolti presso l'interessato
Esistenza di processi decisionali automatizzati	Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente

DATI PERSONALI DI CUI ALL'ART. 9 DEL GDPR RELATIVI ALL'OSPITE NON AUTOSUFFICIENTE	
FINALITÀ TRATTAMENTO	G. Gestione dell'aspetto socio – assistenziale dell'Ospite non autosufficiente, con riferimento a dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale.
LICEITÀ TRATTAMENTO	Senza il Vostro consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento (art. 6 lett. e), art. 9 par. 2 lett.g) e h) del GDPR)
BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	Legge 328/2000, Legge 104/1992, Regolamento Regionale per l'utilizzo dei dati personali e sensibili
CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale sanitario dell'Ente;</li> <li>• Personale sanitario esterno all'Ente con contratto di prestazione di servizi;</li> <li>• Società che gestiscono reti informatiche e telematiche e elaboratori di dati in fase di assistenza e manutenzione;</li> <li>• Società, enti, consorzi o altre organizzazioni, aventi finalità di assicurazione e simili, le quali a loro volta potranno comunicare i dati o concedere l'accesso nell'ambito dei propri soci, aderenti, utenti e relativi aventi causa;</li> <li>• Legali, medici e altri consulenti tecnici;</li> <li>• Enti Pubblici collegati all'Ente</li> </ul>
TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE	No
PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI	Illimitato secondo la Circolare del Ministero della Sanità, nr. 61 del 1986

OBBLIGATORIETÀ FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE	Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'esecuzione del contratto richiesto. Il mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio
FONTE DI ORIGINE DEI DATI	Raccolti presso l'interessato
ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI	Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente

<b>FOTO E FILMATI DELL'OSPITE</b>	
FINALITÀ TRATTAMENTO	H. Attività promozionali dell'attività dell'Ente con esposizione all'interno dell'Ente I. Attività promozionali dell'attività dell'Ente con pubblicazioni cartacee periodiche (es. giornalino o calendario) J. Attività promozionali dell'attività dell'Ente con pubblicazione sul sito internet e più in genere sui vari social network;
LICEITÀ TRATTAMENTO	Con il Vostro consenso espresso per ogni finalità (art. 6 lett. a), art. 9 par. 2 lett.a) del GDPR)
CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospiti e visitatori dell'Ente;</li> <li>• In caso di diffusione attraverso giornalini, calendari o pubblicazioni nel web non è possibile definire in modo puntuale i destinatari delle informazioni</li> </ul>
TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE	No
PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI	Per le foto o filmati riguardanti l'interessato fino ad un anno dopo il termine del contratto in essere. Per le foto di gruppo vengono conservate all'interno dell'Ente per finalità storiche a tempo illimitato.
OBBLIGATORIETÀ FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE	Il consenso è facoltativo. La mancata comunicazione, a seconda della finalità, impedirà l'esposizione delle foto e dei filmati o la pubblicazione nel sito e l'inserimento in eventuali foto di gruppo.
FONTE DI ORIGINE DEI DATI	Raccolti presso l'interessato

ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI	Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente
-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

### Modalità del trattamento

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

### Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR)
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di opporsi al trattamento (art. 21 del GDPR);
- alla portabilità dei dati (art. 20 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Ospite (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Ho ricevuto, letto e capito l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

oppure

Firma \_\_\_\_\_ dell'Amministratore di Sostegno / Tutor / Parente

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ospite (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Ho letto e capito in ogni suo punto l'informativa per il trattamento delle foto e dei filmati riguardanti la mia persona, pertanto esprimo la mia decisione in merito alle seguenti finalità:

- Attività promozionali dell'attività dell'Ente con esposizione all'interno dell'Ente (fin. G dell'informativa)
- Attività promozionali dell'attività dell'Ente con pubblicazioni cartacee periodiche (es. giornalino o calendario) (fin. H dell'informativa)
- Attività promozionali dell'attività dell'Ente con pubblicazione sul sito internet e sulla pagina facebook (fin. I dell'informativa)

Acconsente che i suoi dati siano trattati per le attività promozionali dell'Ente con esposizione all'interno dei locali della struttura come precisato nel punto G dell'informativa?

ACCONSENTO     NON ACCONSENTO

Acconsente che i suoi dati siano trattati per le attività promozionali dell'Ente con pubblicazioni cartacee periodiche (es. giornalino o calendario) come precisato nel punto H dell'informativa?

ACCONSENTO     NON ACCONSENTO

Acconsente che i suoi dati siano trattati per le attività promozionali dell'Ente con pubblicazione sul sito internet e sulla pagina facebook e più in genere sui social network come precisato nel punto I dell'informativa?

ACCONSENTO     NON ACCONSENTO

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 potrò esercitare i diritti, anche in nome e per conto del soggetto terzo paziente, qui sinteticamente riepilogati:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR)
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di opporsi al trattamento (art. 21 del GDPR);
- alla portabilità dei dati (art. 20 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

oppure

Firma dell'Amministratore di Sostegno / Tutor: \_\_\_\_\_