

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.



Comuni: Acquacana, Bolognola, Camerino, Castelsanangelo sul Nera, Castelraimondo, Esanatoglia, Fiadra, Fiordimonte, Fiuminata, Gagliole, Matelica, Montecavallo, Muccia, Piovavoglia, Pieve Torina, Pioraco, San Severino Marche, Sefro, Serravalle di Chienti, Ussita, Visso

Viale E. Belli 15/a - 62032 Camerino (MC)

C.F. e Part. IVA 01217880432 Telef. 0737/638560 Fax 0737/637249

Segreteria delle cure domiciliari tel. 0733642288 fax 0733642265 San Severino Marche

Attivazione sistema delle cure domiciliari

SEGNALAZIONE/PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DA PARTE DEL MEDICO DI MED. GEN.

Al Direttore del Distretto
San Severino Marche – Matelica

(si prega di scrivere in stampatello maiuscolo)

SEZIONE A – DATI ANAGRAFICI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
COGNOME	NOME	SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	COD. SANIT.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N° CIVICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TELEF. PERSONA DI RIFERIMENTO	N° TE. ASSIST
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

necessita di: Assistenza Domiciliare Integrata Assistenza Infermierist. Domiciliare
 Assistenza Domiciliare Programmata

SEZIONE B – AUTOSUFFICIENZA (ADI)

<input type="checkbox"/> persona non autosufficiente	<input type="checkbox"/> temporaneamente	Punteggio scale VMD	
<input type="checkbox"/> persona parzialmente autosufficiente		ADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	<input type="checkbox"/> permanentemente	IADL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> persona autosufficiente ma in situaz. di rischio socio-sanitario		SMSQ	<input type="text"/>
		FIM	<input type="text"/>

SEZIONE C – IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP) (ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE)

<input type="checkbox"/>	Impossibilità permanente a deambulare
<input type="checkbox"/>	Impossibilità ad essere trasportato in ambulanza con mezzi comuni a causa di:
	<input type="checkbox"/> non autosufficienza <input type="checkbox"/> Abitazione in piano alto e senza ascensore <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/>	Impossibilità a deambulare per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare)

Il paz. presenta la seguente situazione socio-sanitaria (sez. D) e pertanto necessità delle seguenti prestazioni(se. E-F) :

SEZIONE D – DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

SEZIONE E – PRESTAZIONI SANITARIE						SEZIONE F – PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI									
DATA D' INIZIO						DATA D' INIZIO									
DURATA PRESUNTA						DURATA PRESUNTA									
g		m		a		g		m		a		g		m	
<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica domiciliare (specificare)															
<input type="checkbox"/> visita medico-specialistica domiciliare (specificare)															
<input type="checkbox"/> assist. riabilitat. e di recup. funz. a domicilio															
<input type="checkbox"/> servizio di telesoccorso-telecontrollo															
<input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari															
<input type="checkbox"/> assist. Osa per:															
						<input type="checkbox"/> assistenza domestica (S.A.D.)									
						<input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)									
						<input type="checkbox"/> assistenza economica									
						<input type="checkbox"/> altro (specificare)									
						<input type="checkbox"/> altro (specificare)									

Ritengo necessario recarmi a visitarlo al suo domicilio con cadenza:

SEZIONE G – CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

<input type="checkbox"/> ogni..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
---	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

successive eventuali variazioni:

<input type="checkbox"/> ogni..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile
<input type="checkbox"/> ogni..... giorni	<input type="checkbox"/> settimanale	<input type="checkbox"/> quindicinale	<input type="checkbox"/> mensile

data	timbro,codice regionale e firma del medico
------	--

RELAZIONE MEDICA DETTAGLIATA

TERAPIA IN CORSO

*FIRMA E TIMBRO
MEDICO CURANTE*

ALLEGATO A

Da compilare da parte del medico curante

Si certifica che il richiedente Sig./ra

in considerazione delle patologie attualmente presenti

È IN GRADO

NON È IN GRADO

barrare con un x l'opzione pertinente

di uscire in maniera autonoma dalla, Casa di Riposo "E. MATTEI".

Il, _____

TIMBRO E FIRMA
MEDICO CURANTE

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

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

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, lì

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

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 CONTRASSEGNA TO 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

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
PEC: 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
PEC: cbaconsulting@legalmail.it

Informazioni sui dati raccolti

DATI PERSONALI ANAGRAFICI DELL'OSPITE E DI EVENTUALI FAMIGLIARI O REFERENTI	
FINALITÀ TRATTAMENTO	<ul style="list-style-type: none">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 contrattualeD. Collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di leggeE. 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"> • Amministrativi dell'Ente • Amministrazione Finanziaria, enti previdenziali ed assistenziali; • Società che gestiscono reti informatiche e telematiche; società di elaborazione dati contabili e redazione adempimenti fiscali; • Società di servizi postali; banche ed istituti di credito nell'ambito della gestione finanziaria dell'impresa; • 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; • Società o enti di recupero del credito per le azioni relative; • Legali, medici e altri consulenti tecnici. • Enti Pubblici collegati all'Ente
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"> • Personale sanitario dell'Ente; • Personale sanitario esterno all'Ente con contratto di prestazione di servizi; • Società che gestiscono reti informatiche e telematiche e elaboratori di dati in fase di assistenza e manutenzione; • 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; • Legali, medici e altri consulenti tecnici; • Enti Pubblici collegati all'Ente
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

FOTO E FILMATI DELL'OSPITE	
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"> • Ospiti e visitatori dell'Ente; • In caso di diffusione attraverso giornalini, calendari o pubblicazioni nel web non è possibile definire in modo puntuale i destinatari delle informazioni
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: _____