

Data _____

Alla Direzione della Residenza per Anziani
"Del Campana Guazzesi"
Via P. Bagnoli, 1
56028 SAN MINIATO (PI)

Mail: info@delcampana.it

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE PER _L_ SIG._____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

l sottoscritt _____

(anziano richiedente, familiare, tutore, amm. di sostegno o altro..., *SPECIFICARE:*) _____

residente a _____ Via _____

rivolge domanda per far accogliere presso codesta struttura Residenziale per anziani la Persona specificata in oggetto, per la seguente tipologia di accoglienza: (*BARRARE LE CASELLE DESIDERATE*)

CONTINUATIVA – VITALIZIA ☐	TEMPORANEA ☐ Periodo _____
---	---

AUTOSUFFICIENTE..... ☐	NON AUTOSUFFICIENTE..... ☐
---	---

CENTRO DIURNO..... ☐	CENTRO APERTO..... ☐
---	---

IN FORMA PRIVATA..... ☐	TRAMITE SERVIZI SOCIALI..... ☐
--	---

EVENTUALI NOTE:

.....

Firma

 Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “DEL CAMPANA GUZZESI” San Miniato (PI)	DOMANDA DI AMMISSIONE	Mam 00-02	Pagina 2 di 4
--	----------------------------------	------------------	--------------------------

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016

L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “Del Campana Guazzesi” (per brevità “Azienda”) in qualità di titolare del trattamento è impegnata nella protezione dei Dati Personali che le vengono affidati.

Pertanto, la loro gestione e la loro sicurezza vengono garantite con la massima attenzione, conformemente a quanto richiesto dalla normativa privacy (es. Regolamento UE 2016/679).

Questa informativa illustra, per quali scopi potremmo utilizzare i Suoi dati, come li gestiamo, a chi potrebbero essere comunicati, dove potrebbero essere trasferiti e quali sono i Suoi diritti.

Chi tratterà i dati?

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'APSP “Del Campana Guazzesi”

L'Azienda ha provveduto alla nomina del proprio Responsabile della Protezione dei Dati Personali contattabile presso l'indirizzo del Titolare del trattamento info@delcampana.it.

Perché abbiamo bisogno dei Suoi dati?

L'Azienda utilizzerà i Suoi dati esclusivamente per finalità connesse all'ammissione presso la RSA “Del Campana Guazzesi” e alla permanenza presso la stessa.

L'Azienda tratterà i dati sulla base del Suo consenso.

I Suoi dati potranno essere comunicati a Società o Enti terzi che operano in collaborazione con l'Azienda. Le finalità suddette non derivano da un obbligo di legge ed il conferimento dei relativi consensi è facoltativo. L'eventuale parziale o totale mancato conferimento dei dati comporterà la parziale o totale impossibilità di raggiungere le finalità di cui sopra.

Non utilizzeremo i Suoi dati personali per finalità diverse e ulteriori rispetto a quelle descritte nella presente informativa, se non informandoti previamente e, ove necessario, ottenendo il Suo consenso.

Come utilizzeremo i suoi dati?

L'Azienda ha come obiettivo la tutela dei Dati personali che le vengono affidati, improntando il loro trattamento ai principi di correttezza, di liceità e trasparenza.

La informiamo, pertanto, che i Suoi Dati personali saranno trattati, tramite l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantire la massima sicurezza e riservatezza, mediante archivi e supporti cartacei, con l'ausilio di supporti digitali, mezzi informatici e telematici.

Per quanto tempo conserveremo i dati?

I dati che La riguardano verranno conservati secondo i seguenti criteri:

- per un arco di tempo non superiore a quello necessario al raggiungimento delle finalità per i quali essi sono trattati;
- per un arco di tempo non superiore a quello necessario all'adempimento degli obblighi normativi.

A quali soggetto i dati sono destinati?

I Suoi Dati saranno comunicati alla Azienda, responsabile del trattamento e potranno essere comunicati ai dipendenti, professionisti che collaborano con l'Azienda per adempiere ad obblighi derivanti dalla legge, regolamenti e/o normative comunitarie.

I dati personali e sensibili potranno essere altresì comunicati ad enti pubblici o ad altri soggetti convenzionati e a tutti coloro che sono interessati all'erogazione del servizio e a garantire l'assistenza socio sanitaria nell'interesse del soggetto assistito (Medici di medicina generale, ospedali, medici specialisti, personale socio sanitario, cooperative convenzionate addette all'assistenza) sulla base di norme di legge o di regolamento o, comunque, esclusivamente per l'esercizio di attività istituzionali e inerenti allo svolgimento del servizio. La comunicazione di dati personali a privati potrà avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento per l'esercizio del diritto di accesso nell'ambito della normale attività del servizio.

I Suoi Dati personali non sono soggetti a diffusione.

Quali sono i Suoi Diritti?

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- l'accesso ai tuoi dati personali;
- la loro rettifica in caso di inesattezza degli stessi;
- la cancellazione;
- la limitazione del loro trattamento.

Avrà inoltre:

- il diritto di opporsi al loro trattamento;
- il diritto alla loro portabilità, ossia di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali forniti.
- il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo nazionale (Garante Privacy).

Esiste la possibilità di revocare il consenso dopo averlo prestato?

Potrà revocare, in qualsiasi momento, il consenso senza che ciò possa, tuttavia:

- pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca;
- pregiudicare ulteriori trattamenti degli stessi dati fondati su altre basi giuridiche (ad esempio, obblighi contrattuali o obblighi di legge).

L'eventuale revoca del consenso comporterà l'impossibilità di raggiungere le finalità di cui sopra.

Come può esercitare i suoi Diritti?

L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti su menzionati nei termini delle vigenti leggi

Consenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto , letta l'informativa che precede:

☐ presta il consenso

☐ non presta il consenso (in questo caso non sarà possibile procedere all'ammissione presso l'APSP “Del Campana Guazzesi”)

al trattamento dei dati personali, anche di categorie particolari, di cui entrerà in possesso a seguito dell'attivazione del procedimento relativo alla richiesta.

data,

FIRMA

.....

DATA EDIZIONE 1	01/03/2013	DATA REVISIONE	7/02/2024	INDICE REVISIONE	REV. 6
------------------------	-------------------	-----------------------	------------------	-------------------------	---------------



SINTESI SITUAZIONE SOCIO-SANITARIA /ASSISTENZIALE

Cognome e Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Stato civile: coniugato/a ☐ vedovo/a ☐ celibe/nubile ☐

Titolo di studio _____ Professione/Lavoro svolto _____

REFERENTI:

Figlio/a _____ tel. _____ mail _____

ADS _____ tel. _____ mail _____

Altro _____ tel. _____ mail _____

MOTIVO del RICOVERO:

Sollievo / Familiare / Riabilitativo / _____ Altro _____

CAMMINA

SI ☐ NO ☐
da solo SI ☐ NO ☐
con aiuto SI ☐ NO ☐
Con mazza SI ☐ NO ☐
è in carrozzina SI ☐ NO ☐
allettato SI ☐ NO ☐
ausili personali SI ☐ NO ☐
quali _____

INCONTINENTE

urine SI ☐ NO ☐ giorno ☐ notte ☐
feci SI ☐ NO ☐
Porta catetere vescicale SI ☐ NO ☐

SONNO REGOLARE SI ☐ NO ☐

SI LAVA DA SOLO SI ☐ NO ☐

mani e viso SI ☐ NO ☐
igiene intima SI ☐ NO ☐
bagno SI ☐ NO ☐

CARATTERE

socievole SI ☐ NO ☐
depresso SI ☐ NO ☐
autoritario SI ☐ NO ☐
mite SI ☐ NO ☐
aggressivo SI ☐ NO ☐
tendente alla fuga SI ☐ NO ☐

ALIMENTAZIONE

disfagico SI ☐ NO ☐
mangia da solo SI ☐ NO ☐
cibi tritati/morbidi SI ☐ NO ☐
cibi preferiti _____
cibi non graditi _____
allergie/intolleranze presenti SI ☐ NO ☐
se si quali _____

ABBIGLIAMENTO

si veste da solo SI ☐ NO ☐
si veste con aiuto SI ☐ NO ☐

STATO PSICHICO

lucido SI ☐ NO ☐
confuso SI ☐ NO ☐
orientato SI ☐ NO ☐
apatico SI ☐ NO ☐
sbalzi di umore SI ☐ NO ☐

ORGANI DI SENSO

vista normale ☐ alterata ☐
porta occhiali ☐
porta protesi ☐
udito normale ☐ alterato ☐
porta apparecchio acustico ☐
dentatura conservata ☐ edentulia ☐ protesi ☐

PRESENZA FERITE/DECUBITI:

 Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "DEL CAMPANA GUAZZESI" San Miniato (PI)	DOMANDA DI AMMISSIONE	Mam 00-02	Pagina 4 di 4
---	----------------------------------	------------------	------------------

ATTUALE STATO DI SALUTE

MALATTIE CRONICHE

MALATTIE INFETTIVE IN ATTO

STATO SOCIALE:

- vive da solo ☐
 con coniuge ☐
 con figli ☐
 con badante ☐
 proviene da struttura ☐
 proviene da ospedale ☐
 altro _____

EVENTUALI ALLERGIE A FARMACI

SI ☐ NO ☐

se sì a cosa?

HOBBY:

- TV/lettura ☐
 orto/giardinaggio ☐
 giochi da tavolo ☐
 cucito ☐
 altro _____

ABITUDINI

- fumo ☐
 beve alcolici ai pasti ☐
 riposo pomeridiano ☐
 cellulare personale ☐
 altro _____

Medico curante (M.M.G.): dott. _____

tel. _____ email _____

CENNI STORIA DI VITA

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PRIMA DELL'INGRESSO

- Stato di famiglia (anziano/a) ☐

DOCUMENTAZIONE REDDITO

- Dichiarazione redditi (anziano/a) ☐
 - Busta paga (figlio/a, nipote, garante etc.) ☐ intestatario/a
 - Pensione (anziano/a) ☐ intestatario/a
 oppure, in alternativa a quanto sopra
 - ISEE (anziano/a) ☐

DATA

FIRMA

(riservato all'Ente) **AUTORIZZAZIONE ALL'INGRESSO**

Data _____ Firma _____ (Il Direttore) _____

Per eventuali informazioni contattare APSP Del Campana Guazzesi allo 0571 41.82.52 o via mail a info@delcampana.it