



villa frasassi

RESIDENZA PER ANZIANI

DOMANDA DI INGRESSO IN STRUTTURA RESIDENZIALE ANZIANI

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ -

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Provincia () _____

Residente a _____ Provincia () _____

Indirizzo _____ N. _____ Tel. _____

CF: _____ email _____

per il seguente familiare o tutelato

Cognome _____ Nome _____ -

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Provincia () _____

Residente a _____ Provincia () _____

Indirizzo _____ N. _____ Tel. _____

CF: _____ email _____

In qualità di : _____

valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'art.47 del Decreto del PR 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000 n.445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essere a conoscenza dell'obbligo al pagamento della retta, delle spese e alla sottoscrizione del "contratto di ospitalità" per conto del familiare tutelato.

CHIEDE

L'ammissione in

1. Casa di Riposo

2. Residenza Protetta R3D

3. Ricovero di sollievo periodo
da..... al

VIA G. MARCONI N.33 60040 GENGA tel.0732/97006

EMAIL: direzione@villafrasassi.it PEC: casariposoofrasassi@pec.it

sito: www.villafrasassi.it

ELENCO DEGLI ALLEGATI

1. Tessera sanitaria (del soggetto per cui si fa la domanda di ingresso)
2. Copia del Documento di identità del richiedente
3. Copia del documento di identità della persona che entrerà in struttura
- 4 . Allegato A
5. Allegato B -scheda di rilevazione delle condizioni psico-fisiche
6. Allegato C.-scheda informativa sociale
7. Privacy

IL RICHIEDENTE

Luogo_____ **Data**_____

VIA G. MARCONI N.33 60040 GENGA tel.0732/97006

EMAIL: direzione@villafrasassi.it PEC: casariposoofrasassi@pec.it

sito: www.villafrasassi.it



villa frasassi

RESIDENZA PER ANZIANI

Allegato C

SCHEDA INFORMATIVA SOCIALE

OSPITE

Cognome _____ Nome _____ -

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Provincia () _____

Residente a _____ Provincia () _____

Indirizzo _____ N. _____ Tel. _____

CF: _____ email _____

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'art.47 del Decreto del PR 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000 n.445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

il proprio stato civile

1. celibe o nubile
2. separato
3. divorziato
4. vedovo
5. coniugato

di avere invalidità civile

1. SI
2. NO

Percentuale di invalidità

%

di avere un'indennità di accompagnamento

1. SI
2. NO
3. In attesa

la propria situazione abitativa

1. Casa di proprietà
2. Casa in affitto
- 2.1 affitto da privato
- 2.2 affitto pubblico (IACP casa comunale ecc)



villa frasassi

RESIDENZA PER ANZIANI

Casa ad uso gratuito

Sfratto esecutivo

1. SI
2. NO

il proprio stato di convivenza

1. solo
2. coniuge
3. familiare
4. altro (specificare)

Figli

1. SI (se si specificare) numero dei figli
2. No

amministratore di sostegno o tutore

1. SI
2. NO

la situazione assistenziale attuale

assistito da

1. familiari conviventi
2. familiari non conviventi
3. servizi domiciliari pubblici (servizio assistenza domiciliare, pasti ecc.)
4. servizi domiciliari privati (assistente familiare o badante)
5. nessuno

di essere già inserito su una struttura residenziale

1. SI (se si specificare)
2. NO

I REFERENTI DA CONTATTARE

Cognome	Nome	Telefono

IL DICHIARANTE

Luogo

data

Informativa articolo 13 GDPR 679/2016
Informativa per il trattamento dei dati personali raccolti presso l'interessato

	Nel rispetto di quanto previsto dal Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali) le forniamo le dovute informazioni in ordine al trattamento dei dati personali forniti. Si tratta di un'informativa che è resa ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali). TIPOLOGIA DI DATI TRATTABILI Dati trattati: “dato personale”: qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata e identificabile (“interessato”); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all’ubicazione, un identificativo on line o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale; (C26, C27, C30). “dato particolare”: dati personali che rivelano l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l’appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona (C51).		
	TITOLARE DEL TRATTAMENTO, ai sensi dell’art.4 del Reg. UE 2016/679, è la FRASASSI Casa di Riposo S.r.l. con sede legale in Via Marconi 33, 60040 Genga (An) Tel.073290076, e-mail direzione@villafrasassi.it nella persona del legale rappresentante pro-tempore.		
	RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO – Data Protection Officer), ai sensi degli artt.37-39, la società ha provveduto a nominare il DPO/RPD, contatti email avv.punzoveronica@gmail.com.		
 FINALITA' DEL TRATTAMENTO	 BASE GIURIDICA	 PERIODO DI CONSERVAZIONE	 NATURA DEL CONFERIMENTO
A) Esecuzione del contratto: i dati trattati saranno: • <u>dati anagrafici, di contatto e di pagamento</u> – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo abitativo, nonché informazioni relative al pagamento della retta, ecc. • <u>dati relativi allo stato di salute:</u> i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale dell'ospite sono raccolti direttamente e aggiornati rispetto a valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi che possono influenzare la presa in carico dell'utente e la frequentazione del servizio.	Ai sensi dell’art. 6, comma 1, lett. b), il trattamento è necessario <u>all’esecuzione di obblighi contrattuali o all’esecuzione di misure precontrattuali</u> adottate su richiesta dello stesso; Ai sensi dell’art.9 comma 2, lett. h), il trattamento è necessario per l’assistenza o terapia sanitaria o sociale	I vostri dati anagrafici, di contatto e di pagamento sono conservati per 10 anni, mentre i dati relativi allo stato di salute dell'ospite non è previsto un limite nella conservazione	Il conferimento dei dati è facoltativo resta inteso che un “eventuale rifiuto a rispondere” al momento della raccolta delle informazioni, o l'eventuale diniego di trattamento dei dati può comportare la nostra oggettiva impossibilità di dar luogo ai rapporti contrattuali medesimi.
B) Utilizzo del nome e cognome per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati agli ospiti che risulteranno o potranno risultare pertanto visibili a	Ai sensi dell’art. 6 comma 1, lett. a), del GDPR 2016/679 la base giuridica è rappresentata dal <u>Consenso dell'interessato</u> “l'interessato ha espresso	I dati saranno conservati fino alla revoca del consenso (opt-out).	Il conferimento dei dati per la finalità in esame è facoltativo. In mancanza dello stesso non verrà effettuata alcuna registrazione della sua immagine,

terzi ospiti e visitatori;	il consenso al trattamento dei propri dati personali per uno o più specifiche finalità”.		L’eventuale successiva revoca del consenso precedentemente accordato non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso antecedente alla revoca stessa (rif. art. 7, comma 3)
C) Trattamento e diffusione di immagini fotografiche e video per finalità informative di promozione di attività di laboratorio e ricreative, all’interno della struttura, con: - la creazione e distribuzione di pubblicazioni su carta stampata, indicativamente a operatori, ospiti, loro familiari e visitatori; - la produzione e diffusione di materiale audiovisivo, indicativamente a operatori, ospiti, loro familiari e visitatori;	Ai sensi dell’art. 6 comma 1, lett a), del GDPR 2016/679 la base giuridica è rappresentata dal Consenso dell’interessato “l’interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per uno o più specifiche finalità”.	I dati saranno conservati fino alla revoca del consenso (opt-out). In caso di mancata revoca i dati sono conservati senza limitazione di tempo.	Il conferimento dei dati per la finalità in esame è facoltativo. In mancanza dello stesso non verrà effettuata alcuna registrazione della sua immagine, L’eventuale successiva revoca del consenso precedentemente accordato non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso antecedente alla revoca stessa (rif. art. 7, comma 3)
	DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI I dati di natura personale e particolare forniti saranno comunicati a destinatari, che trattengono i dati in qualità di responsabili (art.28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone fisiche che agiscono sotto l’autorità del Titolare e del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità sopra elencate. Precisamente i dati potranno essere trattati e comunicati dove previsto dalla legge o da normative secondarie al: Direttore Sanitario, Medico Curante, Personale incaricato al trattamento, Personale sanitario esterno, Asur, Inps, Poste o altre società di recapito della corrispondenza, Farmacie. La lista dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornata e disponibili presso la sede del Titolare e ai contatti sopra riportati		
	TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO Il Titolare del trattamento non trasferisce i dati personali e particolari in paesi terzi o a organizzazioni internazionali fuori dall’Unione Europea.		
	DIRITTI DEGLI INTERESSATI Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dal Regolamento UE 2016/679 artt.15 e ss, scrivendo all’RPD/DPO all’indirizzo avv.punzoveronica@gmail.com. Lei ha il diritto, in qualunque momento, di chiedere l’accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi. Inoltre, ha il diritto alla portabilità dei suoi dati. Ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato senza alcun pregiudizio circa la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, se ritiene che il trattamento dei dati che la riguardano, violi quanto previsto dal Reg. UE 2016/679, ai sensi dell’art.15 lettera f) del succitato Reg.UE 2016/679, Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (Autorità di controllo www.garanteprivacy.it).		
	MODIFICHE INFORMATIVA Il titolare si riserva il diritto, a sua discrezione, di cambiare, modificare, aggiungere o rimuovere qualsiasi parte della presente informativa sulla privacy, in qualsiasi momento. Al fine di facilitare la verifica di eventuali cambiamenti, l’informativa conterrà l’indicazione della data di aggiornamento dell’informativa.		

Data di aggiornamento 26/06/2024

Il Titolare del Trattamento FRASASSI Casa di Riposo S.r.l.

RICHIESTA CONSENSO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____

In qualità di ☐ Familiare ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno

del Sig./a _____

riconoscendo che le condizioni psicofisiche dell'ospite non consentono di accettare i termini dell'informativa allegata, **dichiara di** aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679, e di

☐ AUTORIZZARE ☐ NON AUTORIZZARE

Il trattamento di cui al punto B) dell'informativa art.13 GDPR 679/2016

☐ AUTORIZZARE ☐ NON AUTORIZZARE

Il trattamento di cui al punto C) dell'informativa art.13 GDPR 679/2016

Data _____

Firma leggibile _____

ALLEGATO A

Il Sottoscritto Dr _____

$\frac{1}{2\pi}$ M.M.G. $\frac{1}{2\pi}$ Medico Ospedaliero $\frac{1}{2\pi}$ Medico di Struttura

del Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Portatore della/e seguente patologia/e: _____

Problemi clinici attivi: _____

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia): _____

Assume farmaci autonomamente SI NO

Allergie a farmaci _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente CRONICO/STABILIZZATO :

- ☐ Idoneo all'inserimento nella struttura "Villa Frasassi" di Genga

Data e Luogo

Timbro e Firma del Medico

.....



villa frasassi

RESIDENZA PER ANZIANI

Allegato B

Scheda di rilevazione delle condizioni psico-fisiche

NOME	COGNOME

CONDIZIONI GENERALI		
E' in grado di collaborare	SI	NO
Necessita di assistenza generica	SI	NO
Necessita di assistenza infermieristica	SI	NO

STATO PSICHICO		
Psiche integra	SI	NO
Fasi di confusione	SI	NO
Fasi di disorientamento	SI	NO
Agitazione psicomotoria	SI	NO
Forme di aggressività	SI	NO
Wandering ☐ lieve ☐ moderato ☐ grave	SI	NO

RESPIRAZIONE		
Autonoma	SI	NO
Ossigenoterapia	SI	NO
Tracheostomia	SI	NO

CUTE		
Integra	SI	NO
Presenza di lesioni	SI	NO

MOBILITA'			
Sale e scende le scale	SI	NO	
Cammina da solo	SI	NO	
Cammina con aiuto	SI	NO	
Cammina con ausili	SI	NO	
Si sposta in carrozzina	SI	NO	
Allettato	SI	NO	

GRADO DI AUTONOMIA				
Si veste da solo	SI	NO	CON AIUTO	
Igiene personale	SI	NO	CON AIUTO	
Utilizza servizi igienici autonomamente	SI	NO	CON AIUTO	

ALIMENTAZIONE			
Autonoma	SI	NO	
Enterale (SNG-PEG)	SI	NO	
Parenterale (CVC-PIC)	SI	NO	
Intolleranze alimentari	SI	NO	
Diete Speciali	SI	NO	
Diabete	SI	NO	

ELIMINAZIONE			
Incontinenza urinaria	SI	NO	
Incontinenza fecale	SI	NO	
Catetere Vescicale	SI	NO	

FUNZIONI SENSORIALI			
Cecità	SI	NO	
Sordità	SI	NO	
Capacità di comunicare	SI	NO	

Data e Luogo

.....

Timbro e Firma del Medico