

“VILLA SERENA”
MODULO PER INSERIMENTO
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI – “LA CORTE”

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data _____ M F

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (Prov. _____) in via/piazza _____ n.

Telefono/cell. _____ Eventuale fax o e-mail

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N. _____

Telefono/cell _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO IN

- Monolocale
- Monolocale ad uso doppio:
 - condiviso/da condividere con coniuge
 - condiviso/da condividere con altro ospite

TEMPORANEO dal _____ al _____

DEFINITIVO

EVENTUALE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME _____

Residente a _____ (Prov. _____) in via/piazza _____ n. _____

GRADO DI PARENTELA _____ Eventuale Fax o e-mail _____

Telefono/cell _____ Altri recapiti telefonici _____

ATTUALMENTE IL RICHIEDENTE PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO SI TROVA:

- AL PROPRIO DOMICILIO PRESSO PROPRI FAMILIARI
- ALTRO (specificare): _____

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- STATO DI SALUTE
- PROBLEMI FAMILIARI (specificare) : _____
- SCELTA PERSONALE
- ALTRO (specificare): _____

DATI PERSONALI

STATO CIVILE:

- celibe/nubile
- coniugato/a
- separato/a
- divorziato/a
- vedovo/a

SCOLARITA':

- analfabeta
- licenza elementare
- licenza di scuola media inferiore/avviamento
- scuola professionale
- diploma scuola media superiore
- laurea

PROFESSIONE ESERCITATA NEL PERIODO LAVORATIVO: non ha mai lavorato

_____ Settore: _____ N. anni _____

_____ Settore: _____ N. anni _____

_____ Settore: _____ N. anni _____

PENSIONE TIPO:

- ANZIANITA' – VECCHIAIA (VO) REVERSIBILITA' (SO) INVALIDITA' SOCIALE (IO)
- ALTRO (indicare il tipo) NESSUNA PENSIONE

INVALIDITA' CIVILE:

IN CORSO RICONOSCIUTA, AL ____ % DOMANDA NON PRESENTATA

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:

NON RICONOSCIUTA RICONOSCIUTA: (indicare il tipo)

- IN ATTESA Cieco Assoluto
- DOMANDA NON PRESENTATA Cieco con residuo visivo
- Invalidità 100 % con accompagnamento
- Sordomuto

RICONOSCIMENTO L. 104/92

IN CORSO SI NO DOMANDA NON PRESENTATA

RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

ABITAZIONE:

DI PROPRIETA' IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

VIVE DA SOLO NON VIVE DA SOLO
DA QUANTO TEMPO? _____ DA QUANTO TEMPO? _____

IL CONIUGE/CONVIVENTE E':

AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFF. NON AUTOSUFFICIENTE

NUMERO D FIGLI VIVENTI:

MASCHI N. _____ FEMMINE N. _____ NESSUN FIGLIO

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, Via, n° civico)	Telefono	CONVIVENTE	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI di cui usufruisce:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE: <input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE <input type="checkbox"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: <input type="checkbox"/> MECICO DI BASE CON FREQUENZA: _____ <input type="checkbox"/> GERIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA: _____ <input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____
---	--

MEDICO CURANTE:

DR. _____

INDIRIZZO _____ TEL _____

INFORMATIVA EX ART. 13 D.lgs 196/2003

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarLa che ai sensi dell’art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali. (D.lgs 196/03), per poter accettare la presente domanda di inserimento e dar corso all’ammissione presso gli alloggi protetti per anziani è necessario che i soggetti gestori per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l’ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento formeranno oggetto di trattamento, con l’ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d’ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza non può prescindere dall’acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l’ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento dei dati, la domanda di ammissione non può essere accolta.

I dati acquisiti potranno essere comunicati all’ASL della provincia di Lecco e alla Regione Lombardia per l’assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale in caso di accreditamento e contrattualizzazione del servizio.

Si precisa che Titolare del trattamento è il Legale Rappresentante del soggetto gestore della struttura.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall’art. 7 D.lgs 196/2003.

D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali – Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a. dell'origine dei dati personali;
 - b. delle finalità e modalità del trattamento;
 - c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b. al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione negli alloggi protetti per anziani, e previa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi anche allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data, _____

In fede _____

LA RICHESTA VIENE INOLTRATA:

DIRETTAMENTE DELL'INTERESSATO

DA UN PARENTE (specificare)

ALTRO (specificare)

(NOME E COGNOME)

TEL.

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FOTOCOPIA ALLA DOMANDA:

Carta d'identità

Codice fiscale (se non presente nella Carta Regionale dei Servizi)

Carta Regionale dei Servizi

Tessere di Esenzione

Verbali di Invalidità

Esiti visite o esami ematici e strumentali recenti