



CASA DI RIPOSO
COSTANTE PATRIZI

DOMANDA DI AMMISSIONE

Soggiorni autorizzati

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta dall'interessato/a all'ammissione.

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n° _____ telefono n° _____

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta da persona diversa dall'interessato/a all'ammissione.

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
n° telefono _____ in qualità di _____

in nome e per conto del/la

Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n° _____ telefono n° _____

CHIEDE

l'ammissione su posti letto autorizzati per

- soggiorno temporaneo dal _____ al _____**
- soggiorno permanente**

CHIEDE

che la proposta di ammissione venga comunicata al seguente numero telefonico (indicare numeri che consentano la pronta reperibilità):

Tel.n° _____ del Sig./ra _____

SI IMPEGNA

- ad allegare alla presente, la certificazione medica attestante lo stato di salute della persona e la possibilità di vivere in comunità;

PRENDE ATTO

- che il soggiorno determinerà l'obbligo alla corresponsione di una retta nell'importo stabilito dalla residenza.

Data

Firma

INFORMATIVA A PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Il decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 13, La informiamo che per poter dar corso all'inserimento in lista d'attesa per l'ingresso in RSA del/la Sig/ra _____ è necessario conoscere taluni dati personali e sanitari dello/a stesso/a, nonché i dati personali dei familiari o delle persone alle quali fare riferimento.

Nell'osservanza del codice sopra citato, i dati personali forniti saranno:

- trattati in modo lecito e secondo correttezza e trasparenza;
- raccolti e registrati al solo scopo di inserire l'interessato nella lista d'attesa per l'ingresso in RSA ed utilizzati in altre operazioni compatibili con tale scopo;
- esatti e, se necessario, aggiornati;
- pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati.

Il conferimento dei dati non è obbligatorio; si ricorda tuttavia che l'Ente Gestore non può prescindere, nell'espletamento delle procedure amministrative, dall'acquisire i dati richiesti con il presente modulo.

I dati forniti potranno essere comunicati:

1. all'interno dell'Ente gestore agli operatori incaricati;
2. all'esterno dell'Ente gestore :
 - all' ATS della Montagna, Regione Lombardia,
 - organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria e polizia giudiziaria per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti.

Per ulteriori garanzie, La informiamo che:

- il personale dell'Ente gestore incaricato del trattamento dei dati è stato formato al rispetto del D.Lgs.196/03;
- in relazione al trattamento dei Suoi dati potrà esercitare tutti i diritti di cui all'art.7, del D.Lgs.196/03, tra cui, in particolare, il diritto di conoscere i dati personali registrati, ottenerne la cancellazione quando consentito dalla legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporsi a trattamenti specifici;
- il titolare del trattamento dei dati è il presidente dell'Ente Gestore in rappresentanza del Consiglio di Amministrazione;
- I responsabili del trattamento dei dati sono il direttore e il direttore sanitario della fondazione.

Avendo appreso consapevolmente quanto contenuto nell'informativa sopra riportata ed in particolare che il trattamento riguarderà anche dati sensibili.

ESPRIMO IL CONSENSO al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili

del/la Sig./ra _____

_____ li _____ (FIRMA LEGGIBILE) _____