



ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO



DOMANDA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA

	ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO	Ed_00	
	DOMANDA AMMISSIONE STRUTTURA	10/03/2022	Pag. 2

SOMMARIO

1 - DOMANDA DI AMMISSIONE.....	3
2 - DATI PARENTI	5
3 –CONTRATTO OSPITE/GARANTE.....	7
4 - MODULO GESTIONE FARMACI C/O LA STRUTTURA	8
5 - CORREDO PERSONALE.....	9
5.1 - CORREDO PER DONNA	9
5.2 - CORREDO PER UOMO	9
5.3 - BORSA PER L'EMERGENZA.....	10
6 - QUESTIONARIO DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE	11
7 - AUSILI.....	14
8 - INFORMATIVE RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ART. 13 REG. UE 2016/679 E CONSENSI.	15
8.1 - ATTIVITA' SOCIO-SANTARIA ED ASSISTENZIALE EROGATA DALLA CASA DI RIPOSO NEI CONFRONTI DEGLI OSPITI.....	15
8.2 - ACQUISIZIONE ED UTILIZZO IMMAGINI, RIPRESE VIDEO-AUDIO.....	18



1 - DOMANDA DI AMMISSIONE

Del Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato con _____ <input type="checkbox"/> Vedovo di _____
Residente a _____ in via _____ n. _____ CAP _____ Provincia _____
Telefono _____ Cellulare _____
ASL di competenza _____ DISTRETTO N. _____
Attualmente domiciliato presso _____

Il/Lasottoscritto/a _____

Residente a _____ in via _____ n. _____ CAP _____ Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____

In qualità di _____ del/la sopra indicato/a richiedente _____, in nome e per conto del/la medesimo/a.

INOLTRA DOMANDA

Per l'ammissione presso la Casa di Riposo **ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSODI BRUSNENGO**

Al momento dell'ammissione si impegna a consegnare i seguenti documenti aggiornati:

1. Fotocopia della carta d'identità e codice fiscale;
2. Tesserino sanitario e tesserino di esenzione ticket;
3. Fotocopia documenti ASL per il rilascio di eventuali ausili (carrozzina, deambulatore, pannoloni, ecc...);
4. Fotocopia del verbale di invalidità civile (*in mancanza del verbale fornire fotocopia della domanda se questa è in corso*);
5. Tutta la documentazione che si trova all'interno del presente fascicolo, che deve essere compilata e firmata in tutte le sue parti dal familiare/tutore e dal medico curante (ciascuno per quanto di propria competenza).

	ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO	Ed_00	
	DOMANDA AMMISSIONE STRUTTURA	10/03/2022	Pag. 4

Con la firma della presente il/la sottoscritto/a _____ **SI IMPEGNA** in nome proprio e del/la interessato/a _____ a:

- Accettare le disposizioni vigenti presso l'Istituto;
- Versare la retta mensile stabilita dall'Amministrazione rivalutata annualmente con indici ISTAT ed eventuali adeguamenti o supplementi che i costi di gestione richiederanno la retta andrà versata entro i primi cinque giorni di ogni mese.

L'Istituto è autorizzato a rivalersi sui beni dell'Ospite e degli eredi, ai sensi di Legge, per eventuali crediti esistenti alla cessazione del ricovero.

In fede.

LUOGO e DATA _____

FIRMA PERSONA RICHIEDENTE

FIRMA PERSONA GARANTE

In caso di accettazione della domanda e di successiva disponibilità del posto letto sarete invitati telefonicamente ad un colloquio con la Direzione e riceverete tutte le informazioni sulle procedure per l'inserimento.

Anticipiamo fin d'ora che gli inserimenti vengono concordati con la Direzione.

DATA DI INGRESSO

NUMERO LAVANDERIA

Consapevole che la domanda ha valore fino al 31 dicembre dell'anno in corso, il sottoscritto/a si impegna entro i primi giorni dell'anno successivo a dare conferma scritta della stessa. In caso contrario la domanda sarà considerata decaduta.

Contattato il _____

Note _____



2 - DATI PARENTI

PERSONA A CUI FAR SEMPRE RIFERIMENTO IN CASO DI BISOGNO/URGENZA

Cognome _____	Nome _____	
Grado di parentela (figlio/a,nipote, coniuge, ecc...) _____		
Residente a _____	in via _____ n _____ CAP _____	Provincia _____
Telefono _____	Cellulare _____	Altro Telefono _____
Indirizzo E-mail/PEC _____		

ALTRI RECAPITI

1 - Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a,nipote, coniuge, ecc...) _____

Residente a _____ in via _____ n _____ CAP _____

Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____ Altro Telefono _____

Indirizzo E-mail/PEC _____

2 -Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (figlio/a,nipote, coniuge, ecc...) _____

Residente a _____ in via _____ n _____ CAP _____

Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____ Altro Telefono _____

Indirizzo E-mail/PEC _____

DEVE ESSERE TEMPESTIVAMENTE COMUNICATA ALLA STRUTTURA LA MODIFICA DEI NUMERI TELEFONICI.

INSERIMENTO DELL'OSPITE

La richiesta di inserimento viene inoltrata alla coordinatrice o all'ufficio di segreteria amministrativa. Le persone che fanno richiesta verranno incontrate dal responsabile per valutare le condizioni fisiche, il livello di autosufficienza e concordare, anche con i parenti, le modalità di inserimento. In questa occasione sarà possibile visitare la struttura e fare una prima conoscenza con il personale che opera nel reparto. Le modalità di ingresso prevedono un inserimento con la presenza di familiari per un miglior adattamento dell'ospite alla vita in struttura. Le informazioni relative ad ogni aspetto amministrativo sono rilasciate dall'ufficio di segreteria amministrativa.



GARANTE - INTEGRAZIONE RETTA

Il/la Sottoscritto/a (COGNOME E NOME) _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ in via _____ n _____ CAP _____ Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____ Altro Telefono _____

Grado di parentela/Legame _____

DICHIARA

Di garantire in solido per il/la Sig/ra _____

Al fine di concorrere al pagamento della retta mensile di ricovero, fissata dall'Associazione, e aderire agli eventuali aumenti periodici, o al cambio di retta conseguente alle mutate condizioni di salute e autosufficienza dell'Ospite in questione.

Con l'incarico di Garante s'impegna altresì, in caso d'inadempienza all'impegno sopra assunto, ad accogliere l'Ospite nella propria abitazione o trovare adeguata residenza, qualora la Casa si avvalga della facoltà di dimettere la stessa.

Al momento dell'ammissione il garante dovrà farci pervenire una fotocopia della sua carta d'identità valida.

LUOGO e DATA _____

FIRMA PERSONA GARANTE



3 - CONTRATTO OSPITE / GARANTE

Alla Spett.le ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO
13862 BRUSNENGO (BI)-VIA FORTE N.33-TEL/FAX 015/985534
Indirizzo e-mail :info@casariposobrusnengo.it

Il sottoscritto/a _____ residente a _____ Via _____ n. _____

Rivolge domanda per l'ammissione nella Casa di Riposo di Brusnengo del sotto indicato/a:

Nominativo _____ Nato/a _____ il _____ Residente a _____

Allega alla domanda i documenti richiesti.

1. Nel più breve tempo possibile dovrà modificare la residenza portandola c/o la Casa di Riposo in Via Forte n.33 (*informarsi sulle modalità presso il Comune di Brusnengo*);
2. Dovrà richiedere l'autorizzazione alla ASL per la richiesta del medico curante che opera in Brusnengo.

Con la firma della presente domanda il sottoscritto/a si IMPEGNA in nome proprio e dell'interessato/a a:

- ACCETTARE il regolamento, avendo appreso impegni, norme generali e doveri amministrativi;
- Consegnare alle infermiere al momento dell'accettazione dell'Ospite la documentazione medica ed i farmaci in terapia;
- Sottoporre l'interessato/a a visita preventiva da parte del medico curante o geriatra, riconoscendo come insindacabile il suo giudizio relativo all'accettazione come Ospite, tenendo presente che in ogni caso l'accettazione definitiva potrà avvenire solo dopo un periodo di osservazione di giorni dieci;

Si impegna a pagare alle infermiere di turno eventuali farmaci non inseriti nel prontuario farmaceutico ed i ticket;

Qualora l'Ospite recasse danno e disturbo agli Ospiti questa Amministrazione si riserva il diritto di dimetterlo/a stabilendo un tempo massimo di giorni 30 (trenta), affinché l'Ospite si cerchi un'adeguata sistemazione;

DICHIARA DI ACCETTARE fin da ora tutti gli spostamenti di camera interni alla Casa di Riposo che la DIREZIONE riterrà opportuni;

L'Ospite che intende lasciare volontariamente la Casa di Riposo dovrà dare disdetta alla Direzione con almeno TRENTA giorni di anticipo, in caso contrario PAGHERA' ancora una mensilità.

E' severamente proibito sia per gli Ospiti che per i parenti o visitatori FUMARE nelle camere e negli ambienti comuni.

Dichiara di attenersi a tutte le norme di sicurezza;

Dichiara di aver preso visione e di accettare il Regolamento di Struttura e la Carta dei Servizi

LUOGO e DATA _____

FIRMA OSPITE

FIRMA PERSONA GARANTE

	ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO	Ed_00	
	DOMANDA AMMISSIONE STRUTTURA	10/03/2022	Pag. 8

4 - MODULO GESTIONE FARMACI C/O LA STRUTTURA

Il/la sottoscritto/a _____ referente e garante del/la Sig/ra. _____ ,
ospite presso la Vs. struttura, come da documentazione a Vs. mani,

Premesso che

- Il/la Sig/ra, _____ ha necessità della somministrazione di farmaci prescritti dal proprio medico curante
- Presso la Vs. struttura è presente personale competente

Autorizzo

Codesto Ente a provvedere, mediante il proprio personale infermieristico competente, a provvedere all'acquisto, per mio conto, dei farmaci mutuabili, non mutuabili e da banco, in base alle prescrizioni e/o richieste del medico curante

Delego

Pertanto codesto ente ad ogni adempimento necessario, in particolare al prelievo dei farmaci presso le farmacie e al pagamento degli stessi.

Mi impegno altresì a rimborsare quanto da Voi anticipato per l'acquisto di tali farmaci, dietro esibizione della relativa documentazione (copia della ricetta e scontrino fiscale), **entro il il giorno 10 del mese successivo.**

Qualora intendessi revocare l'autorizzazione di cui sopra mi impegno, assumendone il relativo obbligo e con scarico di ogni responsabilità nei Vs. confronti a:

- Ritirare presso la Vs, struttura l'elenco dei farmaci necessari al soggetto sopra indicato
- Recarmi dal medico curante per la relativa prescrizione
- Provvedere tempestivamente e comunque in tempo utile all'acquisto
- Provvedere immediatamente alla consegna dei farmaci alla Vs. struttura se necessaria la somministrazione da parte di Vs. personale.

LUOGO e DATA _____

FIRMA

	ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO	Ed_00	
	DOMANDA AMMISSIONE STRUTTURA	10/03/2022	Pag. 9

5 - CORREDO PERSONALE

Il corredo che si propone è la dotazione indicativa per la vita in struttura, da adattarsi e modificarsi a seconda delle proprie abitudini anche in relazione alle condizioni psico-fisiche. Si consiglia di informarsi presso la segreteria della casa di riposo in merito al sistema di identificazione dello stesso.

Prima dell'eventuale acquisto di abbigliamento è anche bene che i famigliari si confrontino con il personale.

5.1 - CORREDO PER DONNA

- Bustina per toilette contenente: pettine, spazzola per capelli, spazzolino, dentifricio, porta saponetta, creme, deodorante, profumi. Eventuale contenitore e spazzolino per protesi.
- 3 Flanelle/ canottiere (estive e invernali)
- 3 Camicie da notte (meglio di maglia) o pigiami
- 7 Mutandine di cotone (se l'ospite non è continente)
- 3 Reggiseni
- 4 Calze o collant (con elastico adeguato)
- Almeno 5 cambi di vestiti comodi (pantaloni o gonne per l'estate e l'inverno)
- 3/4 Tute da ginnastica o pantaloni (per le ospiti in carrozzina)
- 4 Golfini o maglie (meglio di pile)
- 5 Camicie, T-shirt, Polo (manica lunga e corta per l'estate e l'inverno)
- 1 Giacca o cappotto, guanti cappelli e scarpe confortevoli per eventuali uscite / gite
- 1 paio di pantofole chiuse con suola di gomma da usare in struttura
- 6/7 fazzoletti di cotone o fazzoletti di carta.

5.2 - CORREDO PER UOMO

- Bustina per toilette contenente: pettine, spazzolino, dentifricio, porta saponetta, schiuma da barba, rasoi, rasoio elettrico, dopobarba, deodorante, eventuale contenitore e spazzolino per protesi.
- 3 Pigiami
- 7 Mutande di cotone (se l'ospite è continente)
- 4 Calze di cotone/di lana
- 5 Camicie, T-shirt, Polo (manica lunga e corta per l'estate e l'inverno)
- 3 Tute da ginnastica
- 4 Golfini o maglie (meglio di pile)
- 1 Giacca o cappotto, guanti cappelli e scarpe confortevoli per eventuali uscite / gite
- 1 paio di pantofole chiuse con suola di gomma da usare in struttura
- 6/7 fazzoletti di cotone o fazzoletti di carta.

Gli indumenti dovranno essere contenuti nel numero di capi di uso corrente.

Tutti gli indumenti devono essere cifrati dai famigliari con il numero che la segreteria indicherà al momento dell'accettazione in struttura anche se non si intende avvalersi del servizio di lavanderia.

I famigliari dovranno verificare costantemente le condizioni del corredo indicato, provvedendo a sostituire i capi usurati o integrarli qualora il loro numero non fosse sufficiente.

	ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO	Ed_00	
	DOMANDA AMMISSIONE STRUTTURA	10/03/2022	Pag. 10

Il materiale da toilette (es. creme, dentifricio, saponette, portasapone, pettine, spazzolino, crema da barba, dopobarba, rasoio, lamette, specchietto, ecc...) e il materiale di uso personale (es. sale iposodico, porta protesi dentaria, adesivi per protesi, pastiglie per la pulizia delle protesi, ecc...) devono essere regolarmente forniti dall'ospite o dai famigliari.

Tutti i presidi sanitari (calze elastiche, ginocchiere, guaine, ecc...) che si rendessero necessari dovranno essere acquistati dal parente su prescrizione dello specialista competente.

5.3 - BORSA PER L'EMERGENZA

Come concordato nella riunione con i famigliari in data 19/04/2013, Vi elenchiamo il necessario per la **Borsa Emergenza**. Essa deve essere contrassegnata con etichetta adesiva riportando nome cognome e riposta nell'armadio in camera.

Si raccomanda che le cose qui di seguito elencate non vadano a ridurre la biancheria già in uso giornalmente presso la struttura.

BORSA PER L'EMERGENZA

- 2 Maglie intime in cotone
- 4 paia di mutandine
- 2 paia di calzini in cotone
- 2 camice da notte o pigiami leggeri
- 1 asciugamano viso
- 2 asciugamani bidet
- 1 rotolo di carta igienica
- Fazzoletti –salviette umidificate
- Pettine – spazzolino e dentifricio



6 - QUESTIONARIO DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n _____ CAP _____ Provincia _____

Chiede la compilazione ed il rilascio del presente certificato. (NB: crociare la voce che interessa, specificando se "pregresse" o "in atto").

01	AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pregresse:		
In atto:		

02	MALATTIE ENDOCRINE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pregresse:		
In atto:		

03	MALATTIE SISTEMA NERVOSO CENTRALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pregresse:		
In atto:		

04	TURBE PSICHICHE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pregresse:		
In atto:		
Abuso di Sostanze Alcooliche e/o Stupefacenti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

05	MALATTIE DEL SANGUE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pregresse:		
In atto:		

06	MALATTIE APPARATO UROGENITALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pregresse:		
In atto:		



07	MALATTIE APPARATO LOCOMOTORE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pregresse:		
In atto:		

08	MALATTIE DERMATOLOGICHE (piaghe decubito, ecc...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pregresse:		
In atto:		

09	ALLERGIE AI FARMACI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALLERGIE ALIMENTARI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Quali:				

10	DIABETE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare se seguito da un Centro Antidiabetico:	
----	---------	---	--	--

11	ALTRE MALATTIE IN ATTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare:		

12	TERAPIA IN ATTO E POSOLOGIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare:		

13	INCONTINENZA		
URINARIA:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare se: <input type="checkbox"/> Catetere o <input type="checkbox"/> Pannolone	
FECALE:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

14	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare:		
<input type="checkbox"/> vagabondaggio <input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> agitazione/aggressività <input type="checkbox"/> deliri <input type="checkbox"/> allucinazioni <input type="checkbox"/> depressione/disforia		
<input type="checkbox"/> apatia/indifferenza <input type="checkbox"/> disinibizione <input type="checkbox"/> irritabilità <input type="checkbox"/> disturbi dell'appetito e dell'alimentazione		
<input type="checkbox"/> disturbi del Sonno <input type="checkbox"/> altri _____		

Luogo e Data

Timbro e Firma



SI CERTIFICA CHE IL SIGNOR/A _____

NATO/NATA A _____ IL _____

**NON E' AFFETTO/A DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE IN ATTO E
NONPRESENTA TURBE PSICO-FISICHE TALI CHE NON CONSENTANO LA VITA IN
COMUNITA'.**

IN FEDE,

LUOGO e DATA _____

TIMBRO E FIRMA MEDICO CURANTE



7-MODULO AUSILI

Ospite _____

Data _____

Gli ausili forniti dall'ASL di competenza, all'ospite in entrata, devono essere qui di seguito elencati.

Dovranno essere consegnate le relative bolle di accompagnamento per poter fare a tempo debito la restituzione.

MATERASSO ANTI DECUBITO	PRESSO _____	NOTE _____
CUSCINO ANTI DECUBITO	PRESSO _____	NOTE _____
CARROZZINA/PIEGHEVOLE	PRESSO _____	NOTE _____
DEAMBULATORE	PRESSO _____	NOTE _____
BASTONE/I - N_____	PRESSO _____	NOTE _____
STAMPELLA/E - N _____	PRESSO _____	NOTE _____
PANNOLONI	PRESSO _____	NOTE _____
ALTRO - SPECIFICARE _____	PRESSO _____	NOTE _____
ALTRO - SPECIFICARE _____	PRESSO _____	NOTE _____

NOTE: _____

LUOGO e DATA _____

FIRMA



8 - INFORMATIVE RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ART. 13 REG. UE 2016/679 E CONSENSI.

8.1 - ATTIVITA' SOCIO-SANITARIA ED ASSISTENZIALE EROGATA DALLA CASA DI RIPOSO NEI CONFRONTI DEGLI OSPITI

La presente informativa è redatta ai sensi del REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679, D.LGS 30 giugno 2003, n. 196 integrato con le modifiche introdotte dal D.LGS 10 agosto 2018, n. 101.

PREMESSA

Gentile ospite,

in base alla nuova legge sulla privacy la Casa di Riposo è obbligata a richiedere il consenso al trattamento dei dati che riguardano il suo stato di salute.

Per poter procedere alle cure necessarie, il personale e i professionisti della Casa di Riposo devono poter prendere visione di analisi, referti specialistici e altre informazioni fornite da Lei o dai medici che si occupano del suo stato di salute. Potrà essere necessario lo scambio di queste informazioni tra i medici e altri specialisti. Questi dati verranno conservati in archivi protetti. I sanitari e il personale dipendente tratteranno i Suoi dati solo nei limiti strettamente necessari allo svolgimento dei loro compiti e ne proteggeranno la riservatezza nel rispetto delle norme vigenti.

INFORMATIVA A NORMA DELL'ART. 13 E S.S. DEL REGOLAMENTO U.E. 679/2016

Ai sensi dell'art 13 e S.S. del Regolamento U.E. 2016/679, la Casa di Riposo, in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati personali da lei acquisiti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

I dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente al fine dello svolgimento della prestazione sanitaria da Lei richiesta e potranno riguardare le seguenti categorie:

- dati anagrafici (nome, cognome, sesso, data e luogo di nascita, indirizzo, recapiti telefonici, dati fiscali, etc.);
- dati idonei a rivelare il suo attuale stato di salute (patologie, diagnosi, esami clinici, trattamenti terapeutici, etc.);
- dati economico-sociali;
- dati idonei a rivelare lo stato di disabilità;
- dati relativi all'utilizzo di particolari ausili protesici;
- dati idonei a rivelare malattie infettive e diffuse;
- dati relativi ad indagini epidemiologiche;
- dati idonei a rivelare la vita sessuale, le opinioni politiche e le convinzioni religiose;
- dati idonei a rivelare sieropositività;
- dati idonei a rivelare AIDS conclamato;
- dati idonei a rivelare malattie mentali;
- dati relativi alla prenotazione di esami clinici e visite specialistiche;
- dati acquisiti attraverso fotografie e riprese video.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali sono le seguenti:

1. registrazione dei pazienti;
2. assistenza sanitaria;
3. diagnosi, cura o terapia dei pazienti (es. redazione PAI);
4. prenotazione e refertazione di esami clinici o visite specialistiche (anche per via telematica o telefonica);
5. rilevazione di malattie infettive e diffuse;
6. schede cliniche informatizzate;
7. gestione amministrativa e contabile (fatturazione, richiesta quota a carico ASL);
8. monitoraggio della spesa sanitaria;
9. analisi statistiche interne ed esterne;
10. attività di informazione.

	ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO	Ed_00	
	DOMANDA AMMISSIONE STRUTTURA	10/03/2022	Pag. 16

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati e il relativo trattamento sono obbligatori in relazione alle finalità n. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 relative alle modalità per l'espletamento degli adempimenti di natura contrattuale, professionale da lei richiesti e percorsi di natura amministrativa a ciò connessi. In particolare:

- collegamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale con informazioni relative a pagamenti, esenzioni o corretta prescrizione dei medicinali;
- organizzazione in banche dati;
- raccolta di dati a fini di trattamento da parte di terzi;
- raccolta di dati mediante strumenti elettronici;
- raccolta di dati presso l'interessato;
- raccolta di dati presso organismi e strutture del servizio sanitario nazionale;
- trattamento di dati mediante prelievo di materiale biologico.

Ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornire i dati per tali finalità potrà determinare l'impossibilità da parte della scrivente a fornire il servizio sanitario da Lei richiesto. Il conferimento dei dati e il relativo trattamento è da ritenersi facoltativo nelle finalità n. 9 e 10.

MODALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere, e quindi venirne a conoscenza, gli addetti dell'area sanitaria (medico infermiere nutrizionista psicologo fisioterapista Operatore Socio sanitario (O.S.S.) e amministrativa; consulenti/fornitori esterni espressamente designati dalla scrivente come Autorizzati o Responsabili esterni del trattamento dei dati personali e che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo, elaborazione, raffronto ed ogni altra opportuna operazione anche automatizzata nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati nonché l'esattezza, l'aggiornamento e la pertinenza dei dati rispetto alle finalità dichiarate.

I trattamenti telematici verranno effettuati esclusivamente attraverso canali di comunicazione crittografati o utilizzando opportune tecniche pseudonimizzazione.

Le procedure aziendali garantiscono che i dati vengano conservati per il periodo strettamente necessario alle finalità dei trattamenti e secondo le normative vigenti.

AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

In relazione alle finalità indicate i dati potranno essere comunicati ai seguenti soggetti o alle categorie di soggetti sotto indicati:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • soggetti pubblici; • soggetti privati; • laboratori di analisi; • organismi del servizio sanitario nazionale; • enti previdenziali e/o assistenziali; | <ul style="list-style-type: none"> • autorità giudiziaria; • esercenti la professione medica e personale paramedico; • consulenti e liberi professionisti anche in forma associata; • gestori di sistemi informatici; • assicurazioni. |
|---|---|

Per la finalità n.9 non è prevista la comunicazione dei dati fatto salvo la divulgazione di statistiche in forma aggregata ed anonima.

I dati potranno altresì essere comunicati a consulenti esterni nell'esercizio di attività svolte esclusivamente a favore della scrivente. Non è prevista la diffusione dei dati personali.

In caso di ricovero lo stato di salute potrà essere comunicato a parenti, amici e conoscenti espressamente da Lei autorizzati a ricevere tale informazione.

VALIDITA' DEL CONSENSO

Il consenso, una volta manifestato, ha validità permanente per il trattamento dei suoi dati da parte della Casa di Riposo ma può essere revocato, rettificato o limitato in qualsiasi momento, in tutto o in parte, fatti salvi i dati che la Casa di Riposo ha l'obbligo di trattare per Legge.

La informiamo, comunque, che il rilascio del suo consenso è necessario per consentirci di prestarle le cure e le prestazioni necessarie da lei richieste o di cui necessita.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Tra i diritti a Lei riconosciuti dal GDPR rientrano quelli di:



- chiedere alla Casa di Riposo l'accesso ai Suoi dati personali ed alle informazioni relative agli stessi; la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti; la cancellazione dei dati personali che La riguardano (al verificarsi di una delle condizioni indicate nell'art. 17, paragrafo 1 del GDPR e nel rispetto delle eccezioni previste nel paragrafo 3 dello stesso articolo); la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali (al ricorrere di una delle ipotesi indicate nell'art. 18, paragrafo 1 del GDPR);
- richiedere ed ottenere dalla Casa di Riposo - nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia il contratto o il consenso, e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati - i Suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico, anche al fine di comunicare tali dati ad un altro titolare del trattamento (c.d. diritto alla portabilità dei dati personali);
- opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi dati personali al ricorrere di situazioni particolari che La riguardano;
- revocare il consenso in qualsiasi momento, limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni (ad esempio data e luogo di nascita o luogo di residenza), oppure particolari categorie di dati (ad esempio dati che rivelano la Sua origine razziale, le Sue opinioni politiche, le Sue convinzioni religiose, lo stato di salute o la vita sessuale). Il trattamento basato sul consenso ed effettuato antecedentemente alla revoca dello stesso conserva, comunque, la sua liceità;
- proporre reclamo a un'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali – www.garanteprivacy.it).

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Titolare del trattamento dei suoi dati personali è l'Associazione Pro Casa di Riposo di Brusnengo ONLUS in persona del Suo Legale rappresentante pro tempore con domicilio eletto in Via Forte n. 33 – 13862 Brusnengo (BI) - Tel./ Fax 015.985534 - e-mail: info@casariposobrusnengo.it.

Il Titolare non ha nominato un responsabile della protezione dei dati personali (RPD ovvero, data protection officer, DPO).

CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ in proprio/in qualità di _____

Codice fiscale _____

ACCONSENTE a che la Casa di Riposo ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento e, per tale motivo,

Presta il consenso

Nega il consenso

LUOGO e DATA _____

FIRMA

	ASSOCIAZIONE PRO CASA DI RIPOSO DI BRUSNENGO	Ed_00	
	DOMANDA AMMISSIONE STRUTTURA	10/03/2022	Pag. 18

8.2 - ACQUISIZIONE ED UTILIZZO IMMAGINI, RIPRESE VIDEO-AUDIO

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALE ai sensi del REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679, D.LGS 30 giugno 2003, n. 196 integrato con le modifiche introdotte dal D.LGS 10 agosto 2018, n. 101

- a) Il **Titolare del Trattamento** dei Dati Personali è “Associazione Pro Casa di Riposo Brusnengo” Via Forte, 33 – 13862 BRUSNENGO Tel./fax. 015-985534P. IVA 01492420029 - C.F. 83002770028 - e-mail: info@casariposobrusnengo.it
- b) **Finalità del Trattamento:** Acquisizione immagini audio e video a fini didattici, divulgazione, nonché a fini dimarketing e, più in generale, per finalità connesse ad attività di promozione, vendita, diffusione o anche, più semplicemente, a fini illustrativi o a mero scopo grafico-raffigurativo; riprodurre in qualsiasi modo e forma, pubblicare, divulgare, proiettare, documentare, trasmettere, diffondere con qualsiasi mezzo tecnico e/o comunque utilizzare, anche all'estero, le immagini, le fotografie, le riprese audio/video, tramite web, siti web, social network (Facebook, Instagram, Sito Internet www.casariposobrusnengo.it, ecc.) canali digitali, YouTube, canali televisivi via etere o via cavo, Internet, Protocol Television, terminali mobili, Skype, Voice over IP o qualsiasi altro mezzo tecnologico, registrare, montare, elaborare, adattare e ridurre le Immagini e le videoregistrazioni effettuate, con qualsiasi mezzo tecnico, nonché conservare copia delle Immagini e del relativo materiale cartaceo ed audio/video, anche in forma elettronica e su qualsiasi supporto tecnologico ad oggi noto o di futura invenzione, per le finalità e nel rispetto dei limiti sopra definiti. (rispetto dell'onore e del decoro della persona ritratta e/o ripresa); quanto in precedenza potrà avvenire solo ed esclusivamente nel rispetto dell'onore e del decoro della persona ritratta e/o ripresa.
- c) **Base Giuridica:** La base giuridica del trattamento che ne sancisce la liceità è rappresentata dal **CONSENSO** informato, libero, inequivocabile, specifico, separato, espresso, documentato, preventivo e **del tutto facoltativo** dell'Interessato, senza alcuna conseguenza in caso di rifiuto (anche in caso di revoca successiva del consenso ove prestato, fermi restando ai sensi dell'art. 21 del Regolamento i trattamenti dei dati fino a quel momento legittimamente svolti). Il mancato consenso non permetterà l'acquisizione e l'utilizzo delle immagini e/o delle riprese audiovisive del soggetto interessato per le finalità sopra indicate.
- d) **Tipologia di Dati Trattati:** Immagini, fotografie, riprese audio/video dell'interessato, eventuali dati anagrafici.
- e) **Destinatari:** Nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate, i dati personali (immagini e riprese audiovisive) potranno essere oggetto di comunicazione, pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma e canale, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, come in precedenza rappresentato.
Rientrano inoltre tra i soggetti autorizzati che potranno accedere ai dati, tutti ubicati nella Unione Europea o in Italia (in caso di trasferimento dei dati extra-UE, questo avverrà in conformità alla normativa applicabile ed alle disposizioni introdotte dal Reg. UE 2016/679), i seguenti: Persone fisiche e/o giuridiche , collaboratrici e/o consulenti per assolvere a compiti lavorativi legati all'attività; Fornitori del comparto dei servizi ICT , per accesso software e strumenti elettromedicali, per assistenza e manutenzione; Soggetti terzi esterni la Società , quando la comunicazione sia obbligatoria in forza di legge o adempiere correttamente ad un obbligo legale o in sede giudiziale;
- f) **Periodo di conservazione:** i Dati Personali sono conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono raccolti, nel rispetto del principio di minimizzazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera (c) del regolamento nonché gli obblighi di legge cui è tenuto.
- g) **Modalità di trattamento:** I dati personali dell'interessato ritratto, fotografato e/o ripreso verranno trattati, mediante strumenti manuali, informatici o telematici, idonei a garantirne la sicurezza e verrà eseguito da personale debitamente istruito nel rispetto della normativa applicabile, per lo svolgimento delle attività sopra indicate e, in ogni caso, per il conseguimento delle finalità su illustrate. Il Titolare adotta misure tecniche e organizzative idonee ad assicurare idonei ed adeguati livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 24, 25 e 32 del Regolamento. Ai sensi dell'art. 29 del regolamento chiunque agisca sotto l'autorità del Titolare è istruito ed autorizzato in tal senso.
- h) **Diritti:** In relazione ai trattamenti dei dati personali sopra elencati il Regolamento sancisce i diritti degli Interessati, previsti dagli artt. 15,16,17,18, 19, 20, 21 e 22 del Regolamento; in particolare: **Art. 15 - Diritto di Accesso:** l'Interessato ha il diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguarda e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali; **Art. 16 - Diritto di Rettifica:** l'Interessato ha il diritto di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo; **Art. 17 - Diritto alla Cancellazione:** l'Interessato ha il diritto di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati personali che lo riguardano, nel rispetto comunque degli obblighi legali a cui è sottoposto il Titolare; **Art. 18 - Diritto di Limitazione:** l'Interessato ha il diritto di limitare i trattamenti dei dati personali che lo riguardano; **Art. 19 - Diritto di ricevere notifica in caso di rettifica/cancellazione/limitazione:** Il Titolare del Trattamento comunica a ciascuno destinatari o eventuali rettifiche, cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate; **Art. 20 - Diritto alla Portabilità dei Dati:** l'Interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti, se tecnicamente fattibile. **Art. 22 – Diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato. Art. 7 – REVOCA DEL CONSENSO:** Rientra tra i diritti dell'Interessato, quello di poter revocare il consenso fornito, qualora quest'ultimo sia la base giuridica su cui poggia il trattamento in essere. **Art. 21 – DIRITTO DI OPPOSIZIONE:** l'Interessato ha il diritto di opporsi al Trattamento (in presenza di apposite motivazioni, riportate nell'art. 21 del Regolamento) e il Titolare deve astenersi dal trattare ulteriormente i dati. **Art. 77 - Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo:** Lei è libero di effettuare Reclamo all'Autorità di Controllo nel caso in cui ritenga che il trattamento che la riguarda effettuato dal Titolare del Trattamento violi il Regolamento (le procedure per l'effettuazione del reclamo sono visionabile sul sito del Garante per la Protezione dei Dati: <https://www.garanteprivacy.it/>).
Il Titolare del trattamento fornirà riscontro alle richieste senza ingiustificato ritardo e comunque al più tardi entro **un mese** , prorogabile di ulteriori **due mesi** , tenuto conto della complessità e del numero delle richieste; le richieste dovranno essere indirizzate al Titolare del Trattamento (dati di contatto riportati al punto A della presente informativa).



DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DI RIPRESE FOTOGRAFICHE E AUDIO/VIDEO
rilasciata Ad Associazione Pro Casa di Riposo Brusnengo

Il/la sottoscritto/a (Interessato): Nome _____ Cognome _____ Nato il _____

A cura dell'esercente la responsabilità legale, del tutore ovvero di colui che rappresenta l'interdetto, inabilitato o incapace di intendere e volere

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di _____, in nome, per conto e nell'interesse del soggetto interdetto, inabilitato o incapace: Nome _____ Cognome _____

PREMESSO

- di essere stato/a **debitamente informato/a** ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 sul trattamento dei propri Dati Personali come da Informativa sopra riportata;
- di aver preso piena **cognizione dell'utilizzo** che "Associazione Pro Casa di Riposo Brusnengo – ONLUS" **farà delle immagini, registrazioni e riprese audio/video della propria persona**, senza limitazione alcuna, sempre nel rispetto della vigente normativa in merito al trattamento dei dati personali;
- di aver partecipato alle riprese per **propria autonoma decisione** e che pertanto **nulla potrà essere pretesa a titolo di compenso, rimborso, indennizzo o risarcimento** in relazione a quanto precede.

AUTORIZZA ESPRESSAMENTE

Associazione Pro Casa di Riposo Brusnengo affinché questa possa legittimamente, ai sensi degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941 n. 633 (Legge sul diritto d'autore) ed ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ., nonché ai sensi dell'art. 9 del Regolamento UE 2016/679:

- **ritrarre con qualsiasi mezzo** (fotocamere, telecamere, ecc.), fotografare, registrare, riprendere la propria persona, integralmente o in parte, senza alcuna esclusione o limitazione, purché nel rispetto dell'onore e del decoro della persona ritratta e/o ripresa e comunque conformemente a quanto previsto dalle attuali disposizioni normative in materia di privacy e trattamento dati personali;
- **riprodurre in qualsiasi modo e forma**, pubblicare, divulgare, proiettare, documentare, trasmettere, diffondere con qualsiasi mezzo tecnico e/o comunque utilizzare, sia in Italia che all'estero, le immagini, le fotografie, le riprese audio/video dell'interessato (definite, ora innanzi, congiuntamente anche solo come "Immagini"), tramite web, siti web, social network (Facebook, Instagram, ecc.) canali digitali, YouTube, canali televisivi via etere o via cavo, Internet Protocol Television, terminali mobili, Skype, Voice over IP o qualsiasi altro mezzo tecnologico. Le immagini verranno utilizzate a fini didattici, clinici, sperimentali, di ricerca e di divulgazione scientifica, nonché a fini di marketing e, più in generale, per finalità connesse ad attività di promozione, vendita, diffusione o anche, più semplicemente, a fini illustrativi o a mero scopo grafico-raffigurativo;
- **trascrivere, registrare, montare, elaborare, adattare e ridurre le Immagini** e le video registrazioni effettuate, con qualsiasi mezzo tecnico, nonché conservare copia delle Immagini e del relativo materiale cartaceo ed audio/video, anche in forma elettronica e su qualsiasi supporto tecnologico ad oggi noto o di futura invenzione, nei limiti di tempo qui indicati, per le finalità e nel rispetto dei limiti sopra definiti;
- **tutti i diritti di utilizzare le riprese della mia immagine**, del mio nome e della mia voce con qualsiasi formato, su qualunque supporto, senza limitazioni di spazio, tempo, modalità o territorio, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, in sede radiofonica, televisiva, per video scientifici, (istituti di cultura, università) compresi i diritti di sfruttamento multimediale interattivo e non, on line (es. internet) e off line (es. cd I, cd Rom).
- **ne vieta altresì l'uso** in contesti che ne pregiudichino le dignità personale, il decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati o senza il rispetto delle vigenti disposizioni in ambito privacy e trattamento dati personali.

MANLEVA ESPRESSAMENTE

Associazione Pro Casa di Riposo Brusnengo da ogni e qualsiasi eventuale diritto, azione, ragione, turbativa, pretesa e/o rivendicazione da chiunque avanzati, comunque riferibili all'utilizzo delle Immagini e tiene, altresì, indenne "Associazione Pro Casa di Riposo Brusnengo – ONLUS", i suoi eventuali cessionari e/o aventi causa, da ogni e qualsiasi eventuale danno, responsabilità, costo e/o spesa, incluse le spese legali, derivanti da o in qualunque modo collegati a pretese o contestazione di soggetti terzi, relativi all'utilizzo delle Immagini da parte di Associazione Pro Casa di Riposo Brusnengo o altro soggetto terzo, loro cessionari e/o aventi causa.

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

Per l'acquisizione delle proprie immagini/riprese audio/video e le successive attività di trattamento per fini didattici, di ricerca e di divulgazione, nonché a fini di marketing e, più in generale, per finalità connesse ad attività di promozione, vendita o anche, più semplicemente, a fini illustrativi o a mero scopo grafico-raffigurativo (il consenso al trattamento dati in questione è **FACOLTATIVO** e **NON OBBLIGATORIO** ed in caso di mancato consenso non sarà possibile acquisire ed utilizzare le immagini come sopra indicato) e **DICHIARA** di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e di averne ben compreso i contenuti, con particolare riguardo ai propri diritti.

SI NO

LUOGO e DATA, _____

FIRMA _____