

Alla Direzione della
Residenza per anziani «Santa Chiara»
Borgo Santo Stefano, 153
56048 VOLTERRA (PI)
Fax 0588 86984 – Email uffici@santa-chiara.it

OGGETTO: **DOMANDA DI AMMISSIONE IN R.S.A.**

Il/La Sottoscritta/o _____

Oppure

Il/La sottoscritta/o _____

in qualità di _____ della sig.ra/del sig. _____

residente in _____ via _____

recapiti telefonici _____

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA R.S.A. «SANTA CHIARA» DI VOLTERRA
per la seguente tipologia di accoglienza: AUTORIZZATO ASL (“voucher”) PRIVATO SOLLIEVO DIURNO
periodo interessato dal _____ al _____

Dichiara di essere a conoscenza delle norme per questa tipologia di ammissione e di impegnarsi all’osservanza delle modalità in ogni loro parte.

Dati anagrafici della persona da ammettere in RSA

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ ASL di appartenenza _____

Al fine di organizzare l’eventuale ricovero in RSA, si richiedono le seguenti informazioni:

Patologie in atto:

Demenza Parkinson Altro _____

Autonomia:

Deambulazione autonoma Deambulazione assistita (a braccetto)
 Deambulazione con ausili Carrozzina Allettato

Stato di coscienza:

Vigile e orientato Vigile parzialmente orientato
 Non orientato Soporoso Comatoso

Stato del sonno:

Regolare Irregolare Non dorme

Comportamento:

Tendente alla depressione e/o ansia Tendente alla fuga
 Violento verso gli altri Violento verso se stesso
 Tranquillo Agitato
 Collaborante Poco collaborante Non collaborante

Vaccinazione anti COVID-19: Non effettuata
 Effettuata - indicare ultima dose: [1ª] [2ª] [3ª] [4ª] in data ____/____/____

Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento:

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Grado di parentela con l'ospite _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

Il sottoscritto si impegna al pagamento della quota posta a suo carico nella misura determinata dal Consiglio d'Amministrazione dell'Azienda Pubblica di Servizi alla persona "Santa Chiara", entro 30 giorni dalla data di emissione della fattura, che avviene normalmente entro il decimo giorno di ogni mese (relativo al mese precedente) e gli eventuali interessi dovuti per il non rispetto delle scadenze, secondo quanto previsto dal regolamento, con una delle seguenti modalità:

- Accredito o bonifico sul c/c bancario IBAN IT 63V 06370 71221 000010077910 intestato a Santa Chiara ASP presso Cassa di Risparmio di Volterra S.p.A. - filiale di Volterra
- Versamento con bollettino di c/c postale sul c/c n° 14681563 intestato a Santa Chiara ASP
- Mediante assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a Santa Chiara ASP

Firma del garante _____

Si precisa che i giorni di assenza saranno fatturati per un importo pari al 70% della retta complessiva, con le modalità indicate nel Regolamento di Funzionamento.

Il sottoscritto solleva fin d'ora la Residenza e tutto il personale addetto da ogni e qualsiasi responsabilità per incidenti, infortuni e quant'altro relativo, causati dall'ospite nei confronti della propria persona o di terzi (persone, animali, cose), sia all'interno che all'esterno della RSA o nell'ambito delle attività assistenziali, sollevando altresì l'Azienda da ogni responsabilità per il caso che l'ospite si allontani dalla residenza di propria iniziativa. Al tempo stesso l'Azienda fa presente che ha in vigore polizza assicurativa per responsabilità civile terzi per danni subiti o provocati dall'anziano. Prende atto che l'Amministrazione, a suo insindacabile giudizio, ha la facoltà di procedere alle dimissioni dell'ospite qualora si dovessero verificare inadempimenti nei pagamenti, nel rispetto del Regolamento interno, per condotta incompatibile con la vita comunitaria, o altre cause tali da richiedere il suo allontanamento. In conseguenza di ciò, i firmatari della presente si impegnano ad ospitare l'anziano in oggetto, oppure trovare idonea sistemazione, qualora fosse dimesso dalla Residenza.

Nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.

Come è venuto a conoscenza della nostra struttura?

- Medico di famiglia Medico specialista Servizi sociali del comune di _____
- Passaparola Pubblicità Internet Altro _____

Data _____

Firma del richiedente _____

DOCUMENTI DA PORTARE AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE:

- > **Tessera Sanitaria**
- > **Fotocopia documento di identità ed eventuale patente di guida**
- > **Fotocopia eventuale certificato di invalidità**
- > **Fotocopia eventuali esenzioni da ticket sanitario**

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO
DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO

(ex art. 13 GDPR 2016/679)

TRATTAMENTO: SA05.1 - Richieste ricovero o inserimento in struttura

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **APSP Santa Chiara**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **APSP Santa Chiara**

Sede: **Borgo Santo Stefano, 153 - 56048 Volterra PI, IT**

Contatti e recapiti:

E-mail	info@santa-chiara.it
Sito Web	www.santa-chiara.it

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Servizi sociali e di assistenza	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; Stato di salute	Il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso - Norma Stato membro (L.R. Toscana 40/2005 e 41/2005)

Destinatari: I suoi dati non saranno comunicati ad alcun destinatario.

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: Distruzione dopo 5 anni dalla richiesta o inserimento nel fascicolo dell'ospite in caso di ingresso in struttura
- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali

Inoltre,

ha l'obbligo contrattuale di fornire i suoi dati, l'assenza dei quali è da considerare una violazione delle clausole ivi contenute ovvero la conoscenza dei suoi dati personali è requisito necessario per la conclusione del contratto e non sarà possibile procedere alla sua stipula in assenza di essi.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a _____ Luogo e data di nascita _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento APSP Santa Chiara secondo le finalità riportate di seguito:

Servizi sociali e di assistenza

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:
Servizi sociali e di assistenza

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Stato di salute (Dati relativi alla salute)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche

Località e data: _____

Firma dell'interessato
