



FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.
DESENZANO DEL GARDA (BS)

RICHIESTA D'AMMISSIONE C. D. I.

Mod. 1.1.15 - rev. 2 del 10-2018

ATTENZIONE: LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE RINNOVATA OGNI 12 MESI

Si chiede l'ammissione del/la sig./sig.ra: _____
Nato /a il ____/____/____ a _____ (____)
Residente a _____ in via _____ dal _____
Tel.: _____ e-mail _____ stato civile _____ n° ____ figli viventi
Codice fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA D'AMMISSIONE

- Supporto nelle attività della vita quotidiana;
 Stimolazione psico-sociale;
 Problemi cognitivi e comportamentali

RICHIEDENTI

1. Nome e cognome _____ Grado di parentela _____
Indirizzo _____ Città _____
Tel.: _____ Cell. _____ e-mail _____
2. Nome e cognome _____ Grado di parentela _____
Indirizzo _____ Città _____
Tel.: _____ Cell. _____ e-mail _____

----- **RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA** -----

Data presentazione: ____/____/____ N° protocollo _____

Consegnata copia della presente richiesta al sig./sig.ra _____

Documentazione incompleta e/o note _____

CONTESTO SOCIO-AMBIENTALE

La persona interessata all'ingresso in RSA vive attualmente:

- solo/a con coniuge/convivente con figli coniugati con figli non coniugati
 in comunità (casa albergo o simili) altro _____

Principale fornitore di assistenza (indicare nome, parentela e numero telefonico):

Amministratore di sostegno: NO; SI: _____

(nome e recapito telefonico)

I sottoscrittori delle presente, dichiarano che la persona interessata all'ammissione in RSA:

- è residente nel comune di, in via, n., Cap., dal;
 che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

In alternativa allegare certificato contestuale di residenza e stato di famiglia

Già utente dei servizi territoriali?

- NO A.D.I. S.A.D Altro _____

Invalidità:

- SI: (indicare la percentuale) _____ SI con assegno di accompagnamento
 NO:
Se NO è stata inoltrata domanda? _____ in quale data _____

Scolarità:

- nessun titolo di studio/analfabeta Licenza elementare
 Licenza scuola media inferiore o avviamento Scuola professionale
 Diploma scuola superiore Laurea

Precedente attività lavorativa prevalentemente svolta: _____

Pensione: da lavoro - minima/sociale - reversibilità - nessuna altro _____
(allegare eventualmente fotocopia del modulo MOD. OBIS M)

RICHIESTA DI FREQUENZA SETTIMANALE

- tutti i giorni dal lunedì al sabato
 a giorni alterni: lunedì, mercoledì, venerdì
 a giorni alterni: martedì, giovedì, sabato
 altro: _____

RICHIESTA DI TRASPORTO CON MEZZO DELL'ENTE (solo per CDI a contratto)

(limitato al territorio del Comune di Desenzano d/G) **SI** **NO**

A TALE SCOPO IL RICHIEDENTE DICHIARA

1. di essere consapevole che l'eventuale accoglimento definitivo è subordinato ad un periodo di osservazione della durata di quindici giorni durante il quale verrà verificata la compatibilità dell'ospite con il servizio. In caso negativo, l'Ente ha facoltà di dimettere l'ospite;
2. di impegnarsi ad accompagnare l'ospite presso il servizio almeno il primo giorno di frequenza, dotandolo dei seguenti effetti personali:
 - cambio completo di indumenti
 - fazzoletti
 - spazzolino e dentifricio
 - farmaci, pannoloni e/o altri ausili ad uso personale dell'utente (es. crema adesiva per protesi)Quanto sopra dovrà essere integrato di volta in volta su richiesta dei responsabili del servizio;
3. di aver preso conoscenza del Regolamento concernente la retta e le norme comportamentali nella Carta dei Servizi

SI IMPEGNA

- A. trascorso un anno dalla consegna della presente richiesta di ammissione, nel caso la stessa non sia stata evasa, sarà necessario RINNOVARLA formalmente contattando l'Ufficio Segreteria/URP. In caso di mancato rinnovo, la domanda verrà rimossa dalla lista d'attesa;
- B. a versare la retta stabilita, entro il 5 del mese successivo a quello di frequenza, prendendo atto sin d'ora che per i versamenti effettuati dopo il 15 del mese, l'Amministrazione dell'Ente è autorizzata ad applicare interessi di dilazione calcolati al tasso legale;

Desenzano del G., ____/____/____

Il Richiedente

L'Interessato

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE CON LA PRESENTE RICHIESTA D'AMMISSIONE

- fotocopia della carta d'identità dell'interessato
- fotocopia della carta d'identità e del Codice fiscale dei richiedenti
- fotocopia della Carta regionale dei servizi (tessera sanitaria)
- fotocopia del verbale di accertamento di invalidità (se in possesso)
- **valutazione clinico- funzionale compilata dal medico di medicina generale**

Allegato : Importo e regolamento rette

CARTA DEI SERVIZI [] è data informativa sulla possibilità di scaricarla dal sito www.rsadesenzano.it
[] a richiesta dell'interessato viene consegnata una copia cartacea

Informativa all'interessato sul trattamento dei dati personali

Gentile Signora/Egregio Signore,

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la **Fondazione S. Angela Merici ONLUS** in qualità di Titolare del trattamento dei Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Dati che riguardano Lei o la persona su cui esercita la responsabilità legale.

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del Trattamento, ai sensi degli artt. 4 e 24 del Regolamento, è la **Fondazione S. Angela Merici ONLUS**, con sede in Via Gramsci 25, Desenzano D/G (BS)

2. Responsabile della Protezione dei dati (o Data Protection Officer)

Il Responsabile della protezione dei dati, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento, può essere contattato ai seguenti recapiti email: ufficioprivacy@rsadesenzano.it

3. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

- a) gestione delle liste d'attesa per l'accesso ai servizi socio assistenziali forniti dalla Fondazione;

La base giuridica del trattamento per le suddette finalità è l'art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR ("*trattamento necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso*").

- b) attività amministrative e contabili in adempimento agli obblighi di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili. Valutazione, programmazione, gestione e controllo dell'assistenza socio sanitaria, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti.

La base giuridica del trattamento per le finalità suindicate è l'art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR ("*trattamento necessario per adempiere un obbligo legale*").

Per quel che concerne il trattamento dei **dati sensibili** (c.d. categorie particolari di dati): la base giuridica del trattamento è da rinvenire nell'art. 9 par. 2 lett. h del GDPR (finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità).

4. Categorie di dati

Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di dati, a titolo esemplificativo, identificativi dell'interessato (nome e cognome, indirizzo, telefono, cellulare, e-mail, etc.), dati particolari (es. stato di salute), i quali saranno trattati nei limiti ed esclusivamente per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

5. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità, punto 1 lett. a), b) L'eventuale rifiuto a conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva alla gestione della domanda. Si precisa che, in caso di mancato conferimento, non potremo accogliere la richiesta di inserimento in lista d'attesa.

6. Conservazione dei dati personali

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del GDPR in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali i dati personali sono trattati e per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. La lista d'attesa avrà durata di due anni dalla presentazione della domanda.

7. Modalità e logica del trattamento

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono trattati sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da

garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

8. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati

I dati potranno essere comunicati a destinatari, che li tratteranno in qualità di responsabili (art. 28 del GDPR) o a terzi soggetti che svolgono quali titolari autonomi attività in outsourcing per le finalità sopra indicate. Precisamente, i dati potranno essere comunicati a:

- a) soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare per adempiere alle finalità di cui sopra (es. laboratorio analisi, servizio mensa, professionisti);
- b) organismi sanitari di controllo, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, medico di medicina generale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, che agiscono in qualità di titolari autonomi del trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della Fondazione.

9. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

10. Fonte

Si informa che la raccolta di dati personali e particolari è rinvenibile nella domanda e nella relativa documentazione allegata, fornita alla Fondazione, e presentata all'interessato o ai soggetti che ne esercitano la giuridica responsabilità (parente, tutore, amministratore di sostegno, delegati).

11. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso ai suoi dati personali; la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; l'opposizione al trattamento; la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.; qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Per esercitare i diritti potrà rivolgersi al Titolare ai recapiti sopra indicati oppure inviare mail a: ufficioprivacy@rsadesenzano.it

In ogni caso Lei ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, qualora ritenga che il trattamento dei suoi dati sia contrario alla normativa in vigore o adire le opportune sedi giudiziarie

Desenzano del Garda, il 24/03/2022

Il Titolare del Trattamento
Fondazione S. Angela Merici ONLUS

L'interessato all'ingresso Sig./Sig.ra _____

OPPURE

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di [] familiare [] convivente [] curatore familiare [] amministratore di sostegno

Del/la Sig. Sig.ra _____

DICHIARO

di aver preso visione dell'informativa sopra riportata per le finalità di trattamento dei miei dati personali, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

Desenzano del Garda il _____

Firma _____

VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

(riservata al medico di Medicina Generale)

Mod. 1.1.2 – rev. 1 del 05-2013

Nome _____

(nome e cognome assistito/a)

data nascita ____/____/____

Attività avanzate della vita quotidiana (I.A.D.L.)

(SI: funzione conservata; NO: funzione persa)

Capacità di usare il telefono	SI	NO	Biancheria	SI	NO
Fare acquisti	SI	NO	Utilizzo mezzi di trasporto	SI	NO
Preparazione del cibo	SI	NO	Responsabilità nell'uso dei farmaci	SI	NO
Governo della casa	SI	NO	Capacità di maneggiare il denaro	SI	NO

Attività di base

(Grado di autonomia nelle attività di base)

Funzione	Incapace di eseguire il compito	Tenta di eseguire il compito ma è incapace	Richiesta di aiuto moderato	Richiesto aiuto minimo	Totalmente autonomo
Igiene personale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Fare il bagno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Alimentazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Uso toilette	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Fare le scale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Vestirsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Sfintere intest.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Sfintere vescicale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Trasferimenti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Deambulazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Uso carrozzina	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10

Profilo cognitivo e comportamentale:

funzioni corticali superiori:

Funzione	Normale	Deficit		
		Lieve	Moderato	Grave
Memoria				
Orientamento spaziale				
Orientamento nel tempo				
Giudizio critico				
Linguaggio/comprendione				
Riconoscimento persone				

Disturbi del comportamento

	<i>assente</i>	<i>lieve</i>	<i>mod.</i>	<i>grave</i>		<i>assente</i>	<i>lieve</i>	<i>mod.</i>	<i>grave</i>
Deliri					Depressione				
Wandering					Anoressia				
Aggressività					Irritabilità				
Allucinazioni					Insonnia				

DIAGNOSI NOTE IN ORDINE DI GRAVITA'

Patologia		Gravità*			
01		1	2	3	4
02		1	2	3	4
03		1	2	3	4
04		1	2	3	4
05		1	2	3	4
06		1	2	3	4
07		1	2	3	4
08		1	2	3	4
09		1	2	3	4
10		1	2	3	4
11		1	2	3	4
12		1	2	3	4

* 1: lieve; 2: moderata; 3: grave; 4: molto grave.

Eventuali ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici rilevanti:

Data: ___/___/___; problema clinico: _____

Data: ___/___/___; problema clinico: _____

Interventi sanitari specifici: catetere vescicale a dimora; SNG (sondino naso-gastrico)

P.E.G. (protesi endo-gastrica per nutrizione enterale); Ossigenoterapia domiciliare;

Piaghe da decubito (stadio _____); Colostomia; Cure palliative; Altro _____

Terapia in atto: _____

Data : ___/___/___

Firma e timbro del medico

=====

Si certifica che _____ è affetto/a non è affetto/a
(nome e cognome assistito/a)

da patologie infettive in atto o pregresse che ne controindicano l'inserimento in comunità.

Data : ___/___/___

Firma e timbro del medico
