



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.**  
**RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**RICHIESTA D'AMMISSIONE**

*Mod. 1.1.1 - rev.5 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 \_\_\_\_\_  
Attualmente ricoverato/a c/o \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA D'AMMISSIONE**

- Perdita dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana;  
 Problemi sanitari non gestibili al domicilio;  
 Problemi socio ambientali: \_\_\_\_\_

**RICHIEDENTI**

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_  
 Grado di parentela \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore  
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 (RSA, 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)

## AI FINI DELL'AMMISSIONE IL RICHIEDENTE DICHIARA

1. di essere a conoscenza che l'eventuale accoglimento definitivo è subordinato ad un periodo di osservazione della durata di un mese durante il quale verrà verificata la compatibilità dell'Ospite con la struttura;
2. di impegnarsi ad accompagnare l'ospite presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) in caso di ingresso, dotandolo degli effetti personali meglio specificati nel prospetto informativo; il corredo dovrà essere integrato di volta in volta su richiesta della Fondazione;
3. di impegnarsi a provvedere personalmente, o a mezzo dei propri incaricati, a riprendere in consegna l'Ospite in caso di fine del rapporto instaurato con la R.S.A, sia nel caso di dimissioni volontarie che di dimissioni disposte dalla Struttura;
4. di accettare incondizionatamente qualsiasi spostamento di reparto o di letto per esigenze dell'Ente;
5. di aver preso conoscenza del Regolamento concernente le rette e delle norme comportamentali dei parenti e visitatori riportate nella Carta dei Servizi.

### IMPORTANTE - IL RICHIEDENTE E' INFORMATO RISPETTO A QUANTO SEGUE

- 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. l'inserimento in lista d'attesa implica l'impegno dei familiari a valutare la nomina dell'Amministratore di Sostegno (AdS) a favore dell'interessato all'ingresso in RSA, al fine di fornire una protezione giuridica mirata allo stato di salute e alla gestione patrimoniale. Al riguardo la Fondazione consegna una sintetica informativa;**
- C. per gli interessati in lista d'attesa per l'ingresso al nucleo Alzheimer, la nomina oppure l'attivazione del percorso finalizzato alla nomina dell'AdS, darà titolo di precedenza all'ingresso in RSA.**
- D. in tutti i casi in cui, da parte della Fondazione, sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità, l'ospite o il suo rappresentante legale o i suoi familiari, potranno rivolgersi al Difensore Civico del Comune di Desenzano oppure, per altre eventuali necessità, all'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP dell'ATS di Brescia – via Duca degli Abruzzi 15 Brescia, tel.030/3838255 o all'Ufficio Pubblica Tutela dell'ATS di Brescia.**

Desenzano d/G., li \_\_\_\_\_

I Richiedenti \_\_\_\_\_

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**

#### ALLEGATI CONSEGNATI DALL'UFFICIO CON LA PRESENTE DOMANDA:

**Allegato A:** Regolamento rette e modalità d'ingresso

**Allegato B:** Importo rette per l'anno in corso

**Allegato C:** Corredo d'ingresso

**Allegato D:** informativa relativa alla nomina dell'Amministratore di sostegno

**CARTA DEI SERVIZI** [ ] è data informativa sulla possibilità di scaricarla dal sito [www.rsadesenzano.it](http://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](mailto: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](mailto: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

\_\_\_\_\_