



# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

## DOMANDA INGRESSO: SCHEDA PERSONALE

Cognome _____	Nome _____	Sesso M	F
Nato/a il ____/____/____ a _____	Prov _____	Stato civile _____	
Codice fiscale _____	eventuale esenzione _____		
Residente in _____	Via _____	n. _____	
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____			
<b>Chiede di essere inserito nella Residenza Protetta</b>			
In modo temporaneo		In modo permanente	

## AUTONOMIA E STATO MENTALE (A cura del Medico curante - porre a lato timbro e firma leggibile)

<p><b>Coerenza</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> coerente</li><li><input type="checkbox"/> parzialmente o saltuariamente incoerente</li><li><input type="checkbox"/> incoerente (necessita di sorveglianza continua)</li></ul> <p><b>Udito</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> sente bene (anche con protesi acustica)</li><li><input type="checkbox"/> la funzione è parzialmente conservata</li><li><input type="checkbox"/> non udente</li></ul> <p><b>Orientamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ben orientato</li><li><input type="checkbox"/> parzialmente o saltuariamente orientato</li><li><input type="checkbox"/> disorientato temporo-spaziale</li></ul> <p><b>Parola</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> parla e comprende normalmente</li><li><input type="checkbox"/> ha difficoltà nell'espressione verbale</li><li><input type="checkbox"/> ha turbe gravi sia dell'espressione che della comprensione verbale</li></ul> <p><b>Igiene</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> autosufficiente</li><li><input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente</li><li><input type="checkbox"/> non autosufficiente</li></ul> <p><b>Aiuto nell'alimentazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nessun aiuto</li><li><input type="checkbox"/> adattamento al pasto (aiuto per tagliare i cibi)</li><li><input type="checkbox"/> aiuto totale e sorveglianza continua</li></ul>	<p><b>Abbigliamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> autosufficiente</li><li><input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente</li><li><input type="checkbox"/> non autosufficiente</li></ul> <p><b>Continenza</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> continente</li><li><input type="checkbox"/> incontinente saltuario</li><li><input type="checkbox"/> incontinente</li></ul> <p><b>Inserimento sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nessun problema di inserimento</li><li><input type="checkbox"/> ha qualche difficoltà (contrastanti)</li><li><input type="checkbox"/> gravi problemi (non riesce a mantenere rapporti)</li></ul> <p><b>Mobilizzazione da letto</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> si alza senza aiuto</li><li><input type="checkbox"/> deve essere aiutato</li><li><input type="checkbox"/> deve essere alzato passivamente</li></ul> <p><b>Vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> vede bene (anche con lenti)</li><li><input type="checkbox"/> la funzione è parzialmente conservata</li><li><input type="checkbox"/> non vedente</li></ul> <p><b>Aiuto alla deambulazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nessun aiuto</li><li><input type="checkbox"/> aiuto meccanico (bastone, tripode, carrozzella)</li><li><input type="checkbox"/> aiuto umano (anche per spingere la carrozzella)</li></ul>
---	---



# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO



REGIONE LIGURIA

Mod CISP Rev

30.12.2020

**CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE**  
**PROBLEMI CLINICI E/O RIABILITATIVI pregressi e in corso:**  
**(A cura del medico curante porre a lato timbro e firma leggibile)**


**TERAPIA in corso (con orario assunzione):**  
**(A cura del medico curante porre a lato timbro e firma leggibile)**


**Vaccinazioni :**

- Vaccinazione Covid : SI - NO - N.ro dosi : \_\_\_\_\_ (Allegare Storico vaccinazioni)
- Vaccinazioni Antinfluenzale : SI - NO (Allegare Storico vaccinazioni)

**Allegare inoltre la seguente documentazione :**

- Documentazione di ricoveri pregressi, dimissioni da Ospedale o dimissioni da altre Strutture.
- Referti e/o visite specialistiche

**PROTESI**

SI NO (indicare quali)



# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO



REGIONE LIGURIA

Mod CISP Rev

30.12.2020

## DIETA

S I NO (indicare quali)

---

## ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

S I NO (indicare quali)

---

È in grado di presentarsi a visita medica di controllo a carattere ambulatoriale? S I NO

**Per approfondimenti circa la situazione clinica come sopra descritta può essere contattato il :**

1- Dott. <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

2- Dott. <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**1 Medico di Medicina Generale competente o altro medico di fiducia**

**2 Specialista**

**Fondazione Nostra Signora di Misericordia**

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

**IN CASO DI ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA, PRIMA  
DELL'ACCESSO IN STRUTTURA SI DOVRANNO FORNIRE/  
DOVRANNO ESSERE RICHIESTE AL MEDICO CURANTE:**

**(Impegnandosi a seguire scrupolosamente tutte le indicazioni della Direzione Sanitaria)**

**1) Impegnativa per RX torace**

**2) Impegnativa per i seguenti esami :**

- |  |                |
|--|----------------|
| - Anti HCV   | - Sidermia     |
| - Colesterolo HDL                                    | - Sodio        |
| - Colesterolo totale                                 | - Transaminasi |
| - Coprocoltura per salmonella                        | - Trigliceridi |
| - Creatininemia                                      | - Urine        |
| - Emocromo   | - VDRL         |
| - Glicemia (se diabetica/o anche emoglobina glicata) | - Gamma GT     |
| - HBs Ag   |                |
| - HIV  |                |
| - PCR  |                |
| - Potassio   |                |

**Fondazione Nostra Signora di Misericordia**

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: [casanssmisericordia@pec.it](mailto:casanssmisericordia@pec.it) - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

**Il sottoscritto, impegnandosi a fornire quanto richiesto ed a seguire pedissequamente le indicazioni della Direzione Sanitaria, dichiara quanto sopra sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti non più corrispondenti a verità.**

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma per esteso  
(Firma di chi presenta la domanda)

Si allega copia documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

Data emissione \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

**Si ricorda di voler allegare oltre ai documenti richiesti nella domanda anche la fotocopia fronte e retro della Carta d'identità e del Tesserino Sanitario della persona per la quale si presenta la domanda.**

**Fondazione Nostra Signora di Misericordia**

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: [casanssmisericordia@pec.it](mailto:casanssmisericordia@pec.it) - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

## Domanda ingresso: Modulo di Consenso Informazioni a Terzi

### Quadro A - Soggetti consapevoli

Premesso che :

- i dati da Lei forniti verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679, come descritto nell'informativa allegata alla presente;
- il trattamento dei Suoi dati sanitari ha “finalità di cura”, ovvero è esplicitamente connesso al servizio di ospitalità ed assistenza;
- sono trattati sotto la responsabilità del Direttore Sanitario soggetto al segreto professionale;

Il/la Sig./Sig.ra indicare i dati della persona che sarà Ospite nella Struttura) :

Cognome			
Nome			
Nata/o il	A	Prov.	
Stato Civ.	Residente a	Prov.	
Via e n.			
Recapito Tel.	E-mail		
Cod. Fiscale			

Cosciente, perfettamente in grado d'intendere e volere, esprime il proprio consenso per l'informazione a terzi - ai sensi dell'art.32 del Codice di Deontologia Medica, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri – designando quale persona/e autorizzata/e:

1/

Cognome				Nome				
Nato/a il				A			Prov.	
Cod. Fisc.				Grado parentela				
Stato Civ.				Residente			Prov.	
Via e n.								
Recapito Tel.				E-mail				

**Fondazione Nostra Signora di Misericordia**

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

2/

Cognome		Nome		
Nato/a il		A	Prov.	
Cod. Fisc.		Grado parentela		
Stato Civ.		Residente	Prov.	
Via e n.				
Recapito Tel.		E-mail		

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

Firma dei soggetti autorizzati

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fondazione Nostra Signora di Misericordia**

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: [casanssmisericordia@pec.it](mailto:casanssmisericordia@pec.it) - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>



# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO

Mod CISP Rev

30.12.2020



REGIONE LIGURIA

## Domanda ingresso: Modulo di Consenso Informazioni a Terzi

### Quadro B Soggetti non consapevoli

Premesso che :

- i dati da Lei forniti verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679, come descritto nell'informativa allegata alla presente;
- il trattamento dei dati sanitari da Lei forniti ha “finalità di cura”, ovvero è esplicitamente connesso al servizio di ospitalità ed assistenza
- sono trattati sotto la responsabilità del Direttore Sanitario soggetto al segreto professionale

### Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Doc. n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

### DICHIARO

( dichiarare le condizioni della Persona per la quale si agisce ed il proprio ruolo: tutore,  
curatore, amministratore di sostegno, ecc)

---

---

---

---

**Fondazione Nostra Signora di Misericordia**

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>





# Fondazione Nostra Signora di Misericordia

ENTE ACCREDITATO



REGIONE LIGURIA

Mod CISP Rev

30.12.2020

Dichiaro di essere informato, ai sensi del Reg.to UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

---

(luogo, data)

Il dichiarante

---

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax o tramite incaricato **allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.**

**Fondazione Nostra Signora di Misericordia**

Via Boagno, 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64 - Fax. 019 99 19 58

PEC: [casanssmisericordia@pec.it](mailto:casanssmisericordia@pec.it) - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97

<http://www.casansmisericordia.it/>

## **INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e della vigente normativa sul trattamento dei dati personali)

Il  **Titolare del trattamento**  dei dati effettuati nell'ambito della **Fondazione Nostra Signora di Misericordia**, Via S. Boagno, 31 – 17015 Celle Ligure (SV), (di seguito definito "il Titolare").

Il Titolare ha nominato Siges S.r.l., Via G. Ferrari 21, 21047 Saronno (VA) quale Responsabile della Protezione dei dati personali.

**Trattamento.** I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016. I dati forniti dall'Ospite (di seguito definito "l'Interessato") saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell'Interessato. Il trattamento dei dati personali dell'Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette. In ogni caso, l'Interessato non sarà sottoposto ad alcun trattamento automatizzato che possa raccogliere le scelte e le abitudini dell'utente (profilazione dei dati).

**Obblighi contrattuali e obblighi legali.** I dati dell'interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:

- 1) obblighi contrattuali, come l'erogazione dei servizi sanitari-assistenziali agli ospiti e gli adempimenti contrattuali connessi, compresa la comunicazione a istituti bancari e simili per le attività di riscossione dei pagamenti;
- 2) obblighi legali, come la fatturazione, tenuta di scritture contabili obbligatorie e registrazioni, comunicazioni alle autorità richiedenti.
- 3) altri servizi connessi alla permanenza presso la struttura (es: servizi di segreteria, consegna corrispondenza, prenotazione di servizi).

I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la conclusione del contratto ed il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità per l'Interessato di accedere ai servizi della Casa di Riposo.

Il Titolare raccoglie anche i dati personali del Tutore, dell'Amministratore di sostegno o di un Familiare, in caso di richiesta di accesso alla Casa di Riposo in nome e per conto dell'Ospite, se non in grado di sottoscrivere.

Se trattasi di Familiare, rimane a quest'ultimo l'onere di verificare presso il nucleo familiare dell'Ospite l'assenza di contestazioni da parte della parentela di grado pari o superiore al Familiare richiedente.

Per il trattamento dei dati personali per le finalità di cui sopra non è richiesto il consenso dell'Interessato poiché il trattamento dei dati è necessario per il trattamento sanitario (diagnosi, assistenza o terapia sanitaria e per la gestione di sistemi e servizi sanitari sulla base del diritto dell'UE o dello Stato membro o conformemente ad un contratto con un professionista della sanità di cui all'art. 9, lett. h, del Regolamento) o comunque necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'Interessato è parte (art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento) e, ove applicabile, per adempiere un obbligo legale (art. 6, comma 1, lett. c) del Regolamento).

**Ulteriori finalità.** È richiesto l'esplicito consenso dell'Interessato (art. 6, comma 1, lett. a) del Regolamento) per le seguenti finalità:

- 4) comunicazione a terzi i dati relativi al soggiorno dell'ospite per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate;
- 5) l'effettuazione e l'uso di riprese video e fotografiche della persona dell'Interessato.

L'eventuale effettuazione di riprese video e di fotografie, è finalizzato esclusivamente a scopo educativo didattico (per l'implementazione di approcci di cura e interventi psicosociali) o ricreativo (attività di svago ed animazione); il materiale viene conservato in apposito archivio ed eventualmente esposto e/o pubblicato al solo scopo informativo, ludico e ricreativo.

I dati richiesti nel sottostante modulo di consenso sono obbligatori e l'eventuale mancanza comporta l'impossibilità dar seguito alle finalità descritte.

Il consenso è revocabile in qualsiasi momento e la revoca non pregiudica la liceità del trattamento effettuato prima della revoca.

**Conservazione.** I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all'Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell'Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge. Per conoscere i tempi esatti di conservazione dei dati personali, in funzione della tipologia di dato trattato, può rivolgersi al Titolare del trattamento.

**Diffusione e comunicazione.** I dati dell'Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell'Interessato stesso.

**Responsabili del trattamento.** Nell'ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni, i cd. responsabili del trattamento, quali professionisti in campo sanitario, fornitori, partner commerciali e produttivi, intermediari, consulenti tecnici e altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l'Interessato, inoltre soggetti che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all'attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, spedizionieri, assicurazioni, enti pubblici e privati, anche relativamente a ispezioni o verifiche. L'Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sotto indicato.

**Trasferimento all'interno dell'Unione Europea e extra UE.** I dati potranno essere trasferiti all'interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea. (se il Titolare si avvale di server o fornitori e collaboratori extra UE specificarlo).

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:**

L'interessato, ha diritto in ogni momento di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso (art. 15 GDPR) e la rettifica (art. 16 GDPR) dei dati che lo riguardano.

Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR).

In caso di rettifica o cancellazione o limitazione dei dati, il Titolare provvede a comunicare le intervenute modifiche ai destinatari cui sono trasmessi i dati (art. 19 GDPR).

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per l'Interessato di rivolgersi all'Autorità Garante o di adire l'Autorità giudiziaria.

**Contatti:**

I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti: tel. 019 990064 – PEC casansmisericordia@pec.it

Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): mail dpo1@sigesgroup.it - telefono 08967181

AGGIORNAMENTO: SETTEMBRE 2022

**Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento EU 2016/679) (\* dato obbligatorio)**

Il/la sottoscritto/a (nome)\* \_\_\_\_\_ (cognome)\* \_\_\_\_\_

in qualità di\*  ospite

Tutore

Amministratore di sostegno

Familiare specificare grado di parentela): \_\_\_\_\_

*(se Familiare, dichiaro l'assenza di contestazioni da parte della parentela di grado pari o superiore allo stesso)*

dell'ospite (nome)\* \_\_\_\_\_ (cognome)\* \_\_\_\_\_

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione:

**AUTORIZZA** a comunicare a terzi i dati personali relativi al mio soggiorno per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a me indirizzate

SI

NO

**AUTORIZZA** l'utilizzo delle immagini video e/o fotografiche relative alla propria persona, all'interno della struttura

SI

NO

**AUTORIZZA** l'utilizzo delle immagini video e/o fotografiche relative alla propria persona per il sito web della Casa di Riposo o sui social network

SI

NO

**AUTORIZZA** l'invio a giornali o stazioni televisive delle immagini video e/o fotografiche relative alla propria persona al fine della loro pubblicazione

SI

NO

**ATTENZIONE:** in relazione alla comunicazione a terzi del proprio stato di salute, fa fede quanto dichiarato in sede di sottoscrizione della "Domanda di ingresso".

Celle Ligure, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_