



DOMANDA INGRESSO: SCHEDA PERSONALE

Cognome _____	Nome _____	Sesso M - F _____
Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____	Prov _____	Stato civile _____
Codice fiscale _____	Esenzione _____	
Residente in _____	Via _____	n. _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____		
Chiede di essere inserito nella Residenza Protetta		
<input type="checkbox"/> In modo temporaneo (Periodo non inferiore a 3 mesi, previo accordo Segreteria)	<input type="checkbox"/>	In modo permanente

AUTONOMIA E STATO MENTALE

(A cura del Medico curante - porre a lato timbro e firma leggibile)

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



CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE

PROBLEMI CLINICI E/O RIABILITATIVI progressi 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 :

Covid : SI - NO - N.ro dosi : _____ (Allegare Storico vaccinazioni)

Antinfluenzale : SI - NO (Allegare Storico vaccinazioni)

Allegare inoltre la seguente documentazione :

Documentazione ricoveri pregressi, dimissioni da Ospedale o dimissioni da altre Strutture;

Referti e/o visite specialistiche;

Referti ultimi esami ematochimici (massimo ante 3 mesi);

PROTESI

SI NO (Dentaria inferiore o superiore, Protesi acustica Dx – Sx, o altro)

DIETA

SI NO (indicare quali in caso affermativo e allegare documentazione)

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

SI NO (indicare quali in caso affermativo e allegare documentazione)

È in grado di presentarsi a visita medica di controllo a carattere ambulatoriale?

SI NO



**Fondazione
Nostra Signora
di Misericordia**

Ente Accreditato

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

Medico di Medicina Generale competente o altro medico di fiducia :

Dott. _____ con studio in _____

Via _____ Tel _____

Cell. _____ E-mail : _____

Modalità richiesta ricette : _____.

Specialista

Dott. _____ con studio in _____

Via _____ Tel _____

Cell. _____ E-mail : _____

Modalità richiesta ricette : _____

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 e 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)

Estremi documento di riconoscimento:

N° _____

Data emissione _____ Data scadenza _____

Rilasciato da _____

Fondazione Nostra Signora di Misericordia

Via Boagno, 29 31 - 17015 Celle Ligure (SV) - Tel. 019 99 00 64
PEC: casanssmisericordia@pec.it - C.F. 800 053 700 95 - P.IVA 004 630 400 97
<http://www.casanssmisericordia.it>



**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:

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

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



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

Al fine di poter valutare la domanda d'ingresso si chiede di voler allegare :

- Documentazione Sanitaria richiesta nelle pagine 2 – 3 della presente domanda;
- Carta d'identità - Tesserino Sanitario – Tesserino Cartaceo Esenzioni (fronte e retro) della persona per cui si presenta la domanda;
- Carta d'identità - Tesserino Sanitario (fronte e retro) dei soggetti autorizzati per le informazioni a terzi.



**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).

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 tramite incaricato **allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.**

Si chiede di voler allegare :

- Carta d'identità e Codice Fiscale (fronte/retro) dell'Ads-Tutore-Curatore ecc. nominato dal Tribunale;
- Atto rilasciato dal Tribunale.



**CONSENSO INFORMATO PER LA PUBBLICAZIONE DATI E IMMAGINI FOTOGRAFICHE/AUDIOVISIVE
ai sensi dell'art. 7 del GDPR "Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati"**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in via _____
in qualità di _____ dell'Ospite Sig./Sig.ra _____

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

Fondazione Nostra Signora di Misericordia, in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), C.F./P.IVA 004630400397, con sede in Via S. Boagno 29 - Celle Ligure (SV), e-mail amministrazione@casansmisericordia.it alla pubblicazione, a titolo gratuito, di dati e immagini fotografiche/audiovisive sui seguenti supporti:

- sul sito internet <https://www.casansmisericordia.it/>
- bacheche aziendali;

In qualsiasi momento sarà possibile richiedere la rimozione dei dati trattati per le finalità sopra descritte, inviando una e-mail all'indirizzo di posta amministrazione@casansmisericordia.it

Il Titolare ha nominato un Responsabile della protezione dei dati personali ("RPD" o "DPO") contattabile all'indirizzo: privacy@casansmisericordia.it

La presente autorizzazione è da ritenersi valida, salvo revoca del consenso da parte dell'interessato. Alla presente è allegata l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del GDPR.

Celle Ligure (SV), ... /.../

Firma _____

INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 del GDPR Regolamento UE 679/2016)

Fondazione Nostra Signora di Misericordia intende informarLa adeguatamente sulle modalità di raccolta, trattamento e conservazione dei dati personali che ci fornisce contestualmente alle attività di pubblicazione sul sito web del Titolare, sulle bacheche aziendali, con l'intento di renderla pienamente consapevole dei Suoi diritti e delle modalità per poterli esercitare agevolmente, in ottica del rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza del trattamento.

Soggetti coinvolti

Titolare: **Fondazione Nostra Signora di Misericordia**, in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), C.F./P.IVA 004630400397, con sede in Via S. Boagno 29 - Celle Ligure (SV), e-mail amministrazione@casansmisericordia.it in persona del legale rappresentante pro tempore

Il Titolare ha nominato un Responsabile della protezione dei dati personali ("RPD" o "DPO") contattabile all'indirizzo: privacy@casansmisericordia.it

Interessato: è Lei, persona fisica che presta il consenso al trattamento dei dati personali che ci fornisce.

Modalità di raccolta dei dati

Fondazione Nostra Signora di Misericordia raccoglie i dati personali dell'interessato attraverso immagini e/o video realizzate dal personale/collaboratori di **Fondazione Nostra Signora di Misericordia** che agisce sulla base di specifiche istruzioni/autorizzazioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento stesso.



Finalità del trattamento e basi giuridiche

I dati personali vengono trattati per finalità di pubblicazione/promozione delle attività svolte dal Titolare.

Basi giuridiche

Manifestazione del consenso del soggetto interessato Regolamento UE 679/2016, D. Lgs.196/2003 e ss.mm.ii.

Modalità di trattamento dei dati

I Suoi dati vengono trattati da personale specificamente incaricato dal Titolare in forma cartacea e/o supporto magnetico, elettronico, telematico e comunque mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il trattamento dei Suoi dati avviene presso **Fondazione Nostra Signora di Misericordia** assicurando al contempo che la rete e il sito internet istituzionale garantiscano la piena conformità agli standard di sicurezza richiesti dal GDPR. Il trattamento non verrà svolto mediante un processo decisionale automatizzato né è prevista la profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4 del GDPR.

Categorie di dati personali raccolti e trattati

Dati personali identificativi:

- nome e cognome;
- immagine fotografica;
- video.

Trasferimento dei dati

Le immagini potranno essere pubblicate, previo Suo consenso, oltre che sul sito internet del Titolare su bacheche aziendali.

Periodo di conservazione dei dati personali

I dati personali che ci fornisce verranno conservati fino a revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

I Suoi diritti

La informiamo che in ogni tempo potrà:

- a) accedere ai Suoi dati per ottenere informazioni relative al trattamento (art. 15);
- b) rettificare i dati inesatti o chiedere l'integrazione dei dati incompleti (art. 16);
- c) cancellare i dati che La riguardano (art. 17);
- d) limitare l'utilizzo dei dati nelle ipotesi di cui all'art. 18;
- e) chiedere che Le venga prodotto un documento, anche in formato digitale, contenenti i Suoi dati ai fini della portabilità (art. 20);
- f) revocare il consenso al trattamento specifico. Tale revoca non preclude la liceità del trattamento effettuato in base al consenso prestato anteriormente alla revoca;
- g) proporre reclamo alle Autorità competenti.

Con riguardo al **diritto all'opposizione**, La informiamo che ha diritto di opporsi all'utilizzo dei dati personali o opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla Sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che La riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettera f) del GDPR.

Celle Ligure (SV),/..../.....

Il Titolare del trattamento

Fondazione Nostra Signora di Misericordia
