



Data \_\_\_\_\_

Alla Direzione della Residenza per Anziani  
 “Del Campana Guazzesi”  
 Via P. Bagnoli, 1  
 56028 SAN MINIATO (PI)

Mail: [info@delcampana.it](mailto:info@delcampana.it)

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE PER \_L\_ SIG.\_\_\_\_\_**

**Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_**

**Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_**

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

(anziano richiedente, familiare, tutore, amm. di sostegno o altro..., *SPECIFICARE:*) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

rivolge domanda per far accogliere presso codesta struttura Residenziale per anziani la Persona specificata in oggetto, per la seguente tipologia di accoglienza: (*BARRARE LE CASELLE DESIDERATE*)

CONTINUATIVA – VITALIZIA  TEMPORANEA  Periodo \_\_\_\_\_

AUTOSUFFICIENTE..... NON AUTOSUFFICIENTE.....

CENTRO DIURNO..... CENTRO APERTO.....

IN FORMA PRIVATA..... TRAMITE SERVIZI SOCIALI.....

EVENTUALI NOTE: .....

.....

Firma

\_\_\_\_\_



**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016**

L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Del Campana Guazzesi" (per brevità "Azienda") in qualità di titolare del trattamento è impegnata nella protezione dei Dati Personali che le vengono affidati.

Pertanto, la loro gestione e la loro sicurezza vengono garantite con la massima attenzione, conformemente a quanto richiesto dalla normativa privacy (es. Regolamento UE 2016/679).

Questa informativa illustra, per quali scopi potremmo utilizzare i Suoi dati, come li gestiamo, a chi potrebbero essere comunicati, dove potrebbero essere trasferiti e quali sono i Suoi diritti.

**Chi tratterà i dati?**

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'APSP "Del Campana Guazzesi"

L'Azienda ha provveduto alla nomina del proprio Responsabile della Protezione dei Dati Personali contattabile presso l'indirizzo del Titolare del trattamento info@delcampana.it.

**Perché abbiamo bisogno dei Suoi dati?**

L'Azienda utilizzerà i Suoi dati esclusivamente per finalità connesse all'ammissione presso la RSA "Del Campana Guazzesi" e alla permanenza presso la stessa.

L'Azienda tratterà i dati sulla base del Suo consenso.

I Suoi dati potranno essere comunicati a Società o Enti terzi che operano in collaborazione con l'Azienda. Le finalità suddette non derivano da un obbligo di legge ed il conferimento dei relativi consensi è facoltativo. L'eventuale parziale o totale mancato conferimento dei dati comporterà la parziale o totale impossibilità di raggiungere le finalità di cui sopra.

Non utilizzeremo i Suoi dati personali per finalità diverse e ulteriori rispetto a quelle descritte nella presente informativa, se non informandoti previamente e, ove necessario, ottenendo il Suo consenso.

**Come utilizzeremo i suoi dati?**

L'Azienda ha come obiettivo la tutela dei Dati personali che le vengono affidati, improntando il loro trattamento ai principi di correttezza, di liceità e trasparenza.

La informiamo, pertanto, che i Suoi Dati personali saranno trattati, tramite l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la massima sicurezza e riservatezza, mediante archivi e supporti cartacei, con l'ausilio di supporti digitali, mezzi informatici e telematici.

**Per quanto tempo conserveremo i dati?**

I dati che La riguardano verranno conservati secondo i seguenti criteri:

- per un arco di tempo non superiore a quello necessario al raggiungimento delle finalità per i quali essi sono trattati;
- per un arco di tempo non superiore a quello necessario all'adempimento degli obblighi normativi.

**A quali soggetto i dati sono destinati?**

I Suoi Dati saranno comunicati alla Azienda, responsabile del trattamento e potranno essere comunicati ai dipendenti, professionisti che collaborano con l'Azienda per adempiere ad obblighi derivanti dalla legge, regolamenti e/o normative comunitarie.

I dati personali e sensibili potranno essere altresì comunicati ad enti pubblici o ad altri soggetti convenzionati e a tutti coloro che sono interessati all'erogazione del servizio e a garantire l'assistenza socio sanitaria nell'interesse del soggetto assistito (Medici di medicina generale, ospedali, medici specialisti, personale socio sanitario, cooperative convenzionate addette all'assistenza) sulla base di norme di legge o di regolamento o, comunque, esclusivamente per l'esercizio di attività istituzionali e inerenti allo svolgimento del servizio. La comunicazione di dati personali a privati potrà avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento per l'esercizio del diritto di accesso nell'ambito della normale attività del servizio.

I Suoi Dati personali non sono soggetti a diffusione.

**Quali sono i Suoi Diritti?**

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- l'accesso ai tuoi dati personali;
- la loro rettifica in caso di inesattezza degli stessi;
- la cancellazione;
- la limitazione del loro trattamento.

Avrà inoltre:

- il diritto di opporsi al loro trattamento;
- il diritto alla loro portabilità, ossia di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali forniti.
- il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo nazionale (Garante Privacy).

**Esiste la possibilità di revocare il consenso dopo averlo prestato?**

Potrà revocare, in qualsiasi momento, il consenso senza che ciò possa, tuttavia:

- pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca;
- pregiudicare ulteriori trattamenti degli stessi dati fondati su altre basi giuridiche (ad esempio, obblighi contrattuali o obblighi di legge).

L'eventuale revoca del consenso comporterà l'impossibilità di raggiungere le finalità di cui sopra.

**Come può esercitare i suoi Diritti?**

L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti su menzionati nei termini delle vigenti leggi

**Consenso al trattamento dei dati**

Il sottoscritto ....., letta l'informativa che precede:

presta il consenso

non presta il consenso (in questo caso non sarà possibile procedere all'ammissione presso l'APSP "Del Campana Guazzesi")

al trattamento dei dati personali, anche di categorie particolari, di cui entrerà in possesso a seguito di attivazione del procedimento, relativo alla richiesta.

data, .....

FIRMA

.....



### SINTESI SITUAZIONE SOCIO-SANITARIA /ASSISTENZIALE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Stato civile:      coniugato/a       vedovo/a       celibe/nubile

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione/Lavoro svolto \_\_\_\_\_

#### REFERENTI:

Figlio/a \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

ADS \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

#### MOTIVO del RICOVERO:

Sollievo / Familiare / Riabilitativo / \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

#### CAMMINA

SI  NO   
da solo                      SI  NO   
con aiuto                    SI  NO   
Con mazza                   SI  NO   
è in carrozzina            SI  NO   
allettato                    SI  NO   
ausili personali            SI  NO   
quali \_\_\_\_\_

#### ALIMENTAZIONE

disfagico                    SI  NO   
mangia da solo            SI  NO   
cibi tritati/morbidi       SI  NO   
cibi preferiti \_\_\_\_\_  
cibi non graditi \_\_\_\_\_  
allergie/intolleranze presenti SI  NO   
se si quali \_\_\_\_\_

#### INCONTINENTE

urine    SI  NO  giorno  notte   
feci     SI  NO   
Porta catetere vescicale SI  NO

#### ABBIGLIAMENTO

si veste da solo            SI  NO   
si veste con aiuto         SI  NO

#### SONNO REGOLARE    SI NO

#### STATO PSICHICO

lucido                        SI  NO   
confuso                      SI  NO   
orientato                    SI  NO   
apatico                      SI  NO   
sbalzi di umore            SI  NO

#### SI LAVA DA SOLO    SI NO

mani e viso                 SI  NO   
igiene intima               SI  NO   
bagno                        SI  NO

#### ORGANI DI SENSO

vista                         normale       alterata   
porta occhiali               
porta protesi                 
udito                        normale       alterato   
porta apparecchio acustico   
dentatura conservata  edentulia  protesi

#### CARATTERE

socievole                    SI  NO   
depresso                    SI  NO   
autoritario                  SI  NO   
mite                          SI  NO   
aggressivo                  SI  NO   
tendente alla fuga        SI  NO

#### PRESENZA FERITE/DECUBITI:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ATTUALE STATO DI SALUTE**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MALATTIE CRONICHE**

\_\_\_\_\_

**MALATTIE INFETTIVE IN ATTO**

\_\_\_\_\_

**STATO SOCIALE:**

- vive da solo
- con coniuge
- con figli
- con badante
- proviene da struttura
- proviene da ospedale
- altro \_\_\_\_\_

**EVENTUALI ALLERGIE A FARMACI**

SI  NO

se si a cosa? .....

**HOBBY:**

- TV/lettura
- orto/giardinaggio
- giochi da tavolo
- cucito
- altro \_\_\_\_\_

**ABITUDINI**

- fumo
- beve alcolici ai pasti
- riposo pomeridiano
- cellulare personale
- altro \_\_\_\_\_

Medico curante (M.M.G.): dott. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CENNI STORIA DI VITA**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DATA.....

FIRMA

\_\_\_\_\_

Per eventuali informazioni contattare APSP Del Campana Guazzesi allo 0571 41.82.52 o via mail a [info@delcampana.it](mailto:info@delcampana.it)