

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA**

All'Ente Gestore della RSA _____
(Denominazione struttura ed indirizzo)

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig/La Sig.ra _____
(Cognome e Nome)

Data di nascita ____/ ____/ ____ Età ____ Luogo di nascita _____prov.(____)
Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____
residente in _____prov. (____) CAP _____
via _____n° ____ Telefono: _____
e-mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____prov. (____) CAP _____
via e n° _____

**DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA
(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)**

Cognome _____ Nome _____
residente in _____prov. (____) CAP _____
via _____n° ____ Telefono: _____
e-mail _____

CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

1. di non beneficiare/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;
2. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete sociosanitaria ;
3. di non avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta

ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...): _____
- di essere amministratore di sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

Luogo e data: _____

FIRMA

	INFORMATIVA / Richiesta	M_AMM_02_13
	accesso servizi di Fondazione	Rev. 0 del 30/01/2023
	ai sensi del Regolamento 2016/679 UE (GDPR)	Pag. 1 di 1

Il Titolare del Trattamento

Fondazione Ospedale della Carità - Casa di Riposo Onlus, con sede in (26011) Casalbuttano ed Uniti (CR), Via Marconi, 1, C.F. 83000810198, Tel 0374-361118/ Fax 0374-361878, e-mail: info@rsacasalbuttano.eu; PEC: info@pec.rsacasalbuttano.eu.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Martino Del Sozzo, con studio in Via Cremona 29/A, (46100) Mantova, tel.0376227111, e-mail: martino.delsozzo@gmail.com, posta elettronica certificata: martino.delsozzo@mantova.pecavvocati.it

Categorie di dati trattati

I dati che verranno trattati per le finalità sottoindicate sono di natura comune e particolare.

Finalità del trattamento

I dati personali conferiti saranno trattati nel rispetto delle condizioni di liceità ex art. 6 Reg. UE 2016/679 per le seguenti finalità:
- AMMINISTRATIVA: espletamento dei compiti gestionali ed organizzativi necessari all'inserimento della richiesta di accesso al servizio di RSA e CDI;
- DIAGNOSI: svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nei reparti della struttura o nel CDI

Base giuridica

La Fondazione necessita di un Suo specifico consenso per poter trattare i dati riguardanti il Suo stato di salute. Il rilascio del suddetto consenso è necessario per consentire alla Struttura di trattare i Suoi dati di salute per consentirle l'accesso ai servizi della struttura; l'eventuale rifiuto a prestare il consenso non consentirà di erogare la prestazione richiesta.

Periodo di Conservazione o criteri per determinare tale periodo

I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art. 5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge, o comunque per un periodo non superiore a sei mesi per le domande non prese in carico per assenza di requisiti. La verifica sulla obsolescenza dei dati viene svolta periodicamente.

Diffusione e comunicazione a terzi

I dati non verranno diffusi in nessun modo. Tuttavia, i dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolare, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili esterni del trattamento all'uopo nominati, ovvero a personale autorizzata al trattamento dei dati, che agisce sotto la diretta autorità del Titolare e/o del Responsabile esterno. L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della Fondazione. I dati sanitari dell'interessato potranno essere comunicati ai parenti dell'utente, da esso espressamente indicati, e/o a terze persone anch'esse espressamente indicate dall'interessato.

Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto di esercitare i suoi diritti così come previsti dall'art.15 all'art.22 del GDPR, rivolgendosi al titolare del Trattamento sopra indicato, ovvero al Responsabile della Protezione dei dati. Inoltre, nel caso in cui si ritenga che il trattamento sia stato svolto in violazione della normativa sulla protezione dei dati personali, è riconosciuto il diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 (00187) Roma.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del GDPR dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e, per le finalità sopra riportate (trattamento dei dati personali e inerenti la salute al fine del suo inserimento in lista di attesa) acconsento al trattamento dei miei dati personali.

Data: ____/____/____ Firma leggibile dell'interessato _____

Se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere e di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà quale (specificare)

NOME E COGNOME _____

- Amministratore di sostegno
 Tutore
 Curatore
 Altro _____

Data: ____/____/____ Firma leggibile dell'interessato _____