

Congregazione Ancelle di San Giuseppe Lavoratore

Sede legale: Varese via Griffi 5 Tel: 0332/237764
Partiva Iva: 03451340123 Codice Fiscale:95013170121
E-mail: amministrazione@ancellevarese.it

Casa di Riposo S. Giuseppe Lavoratore

Viggiù, viale Milano 34 Tel: 0332/486144
Uffici amministrativi: 0332/485674

DOMANDA DI AMMISSIONE IN LISTA DI ATTESA ANNO 2024

Cliente (per cui si richiede il ricovero) _____

Richiedente _____

Numero di telefono _____

Si allega CARTA DEI SERVIZI (firma per ricevuta) _____

Riservato alla R.S.A. CASA SAN GIUSEPPE		
Data presentazione domanda	Consegnata da:	Ritirata da:
Documenti completi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Registrata il	Chiamata il
Visita medica il	Ammissione il	Archiviazione il

Spett. **R.S.A. CASA SAN GIUSEPPE LAVORATORE**
VIALE MILANO, 34
21059 Viggiù (Va)

Il/la sottoscritto/a _____, presa visione delle norme contenute nell'allegata Carta dei Servizi che ha ricevuto in copia, dichiara di accettare integralmente e senza riserva alcuna con valenza di contratto tra le parti ai sensi dell'Art.1321 e seguenti del C.C.

CHIEDE

- Di essere ospitata Di poter ospitare la propria congiunta
(In qualità di garante)

Urgenza del ricovero:

- Estrema
 Ordinaria
 Inserimento cautelativo in lista di attesa a scopo preventivo

Luogo e Data, _____

Firma del richiedente _____

Firma della cliente _____

DATI DELLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO

DATI ANAGRAFICI

Cognome	Nome
Nata a	Il
Residente a	Prov.
Domiciliata presso (Solo se diverso dalla residenza)	
Via	N°
Codice fiscale	

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE

Stato civile	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nubile<input type="radio"/> Coniugata con _____<input type="radio"/> Vedova di _____<input type="radio"/> Separata da _____<input type="radio"/> Divorziata da _____<input type="radio"/> Altro _____			
Figli	N° maschi		N° femmine	
Fratelli	N° maschi		N° femmine	
Titolo di studio	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nessuna scolarità<input type="radio"/> Licenza elementare<input type="radio"/> Diploma medie inferiori<input type="radio"/> Diploma medie superiori in _____<input type="radio"/> Laurea in _____<input type="radio"/> Altro: _____			
Professione svolta in passato	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ha svolto lavoro dipendente _____<input type="radio"/> Ha svolto lavoro autonomo _____<input type="radio"/> Non ha mai lavorato			
Interessi ed Hobby attuali	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/>			
Condizione abitativa	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Vive sola<input type="radio"/> Vive con altri familiari conviventi _____<input type="radio"/> Vive sola con badante<input type="radio"/> Vive con altro familiare convivente e badante _____<input type="radio"/> Altro _____			
Situazione alla data di presente della presentazione della domanda	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> A domicilio senza nessuna assistenza<input type="radio"/> A domicilio con assistenza _____<input type="radio"/> A domicilio con frequenza al Centro Diurno<input type="radio"/> Ricoverata presso _____<input type="radio"/> Altro _____			
Servizi di supporto in atto	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ADI<input type="radio"/> Centro diurno<input type="radio"/> Assistenza domestica<input type="radio"/> Badante<input type="radio"/> Altro _____			

Motivo della domanda	<input type="radio"/> Alloggio poco idoneo <input type="radio"/> Perdita dell'autonomia psicofisica <input type="radio"/> Difficoltà gestionali della famiglia <input type="radio"/> Altro _____
Previsioni di contatto con l'ospite	<input type="radio"/> Quotidiane <input type="radio"/> Più volte a settimana <input type="radio"/> Settimanali <input type="radio"/> Più volte al mese <input type="radio"/> Mensili <input type="radio"/> Saltuarie

SITUAZIONE PENSIONISTICA

Invalidità	<input type="radio"/> Si _____ % Codice _____ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Pratica in corso	<input type="radio"/> In attesa di visita <input type="radio"/> Sottoposto a visita in data _____ e in attesa di esito
Indennità di accompagnamento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Pratica in corso	<input type="radio"/> In attesa di visita <input type="radio"/> Sottoposto a visita in data _____ e in attesa di esito
Riconoscimento L.104/92	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Pratica in corso
Pensioni percepite	<input type="radio"/> Nessuna pensione <input type="radio"/> Pensione di anzianità/vecchiaia <input type="radio"/> Pensione sociale <input type="radio"/> Pensione di reversibilità <input type="radio"/> Altro _____	Categoria _____ Numero _____
Oneri della retta	<input type="radio"/> Totalmente a carico della persona da ricoverare <input type="radio"/> Compartecipazione del Comune di residenza <input type="radio"/> In corso richiesta compartecipazione del Comune di residenza <input type="radio"/> Compartecipazione da parte dei parenti (nome, cognome e grado di parentela _____ _____ _____ _____	

TUTELA LEGALE (indicare se la persona ha limitazioni della capacità di agire e di compiere atti giuridici)

<input type="radio"/> Nessuna tutela <input type="radio"/> Pratica in corso <input type="radio"/> Amministratore di sostegno <input type="radio"/> Tutore <input type="radio"/> Curatore <input type="radio"/> Altro _____

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilare da parte di chi assiste la persona e/o dal medico curante)

Cognome e Nome assistita _____

Data compilazione _____ Cognome e Nome del compilatore _____

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire il paziente con o senza un sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
- Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza
- Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. È indipendente durante tutte le fasi

DEAMBULAZIONE

- Non in grado di deambulare
- Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione
- Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi
- Indipendente nella deambulazione ma con autonomia limitata (inferiore a 50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose
- Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione

UTILIZZO AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE (è possibile barrare più caselle)

- Carrozzina (○ se fornito da ATS)
- Deambulatore/girello (○ se fornito da ATS)
- Stampelle/canadese (○ se fornito da ATS)
- Bastone (○ se fornito da ATS)
- Altro _____

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE (compilare solo se il paziente utilizza la carrozzina)

- Dipendente negli spostamenti con la carrozzina
- Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre
- Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.
- Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette
- Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, al letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere superiore a 50 m

CADUTE RICORRENTI (anche senza conseguenze traumatiche)

- Sì Numero cadute negli ultimi 6 mesi: _____
- No

IGIENE PERSONALE

- Il paziente non è capace di badare all'igiene della propria persona ed è dipendente da tutti i punti di vista
- È necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
- È necessario assisterlo in uno o più aspetti dell'igiene personale
- Il paziente è in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- Il paziente riesce a lavarsi le mani ed il volto, a pettinarsi, pulirsi i denti

AUTONOMIA NELL'USO DEI SERVIZI IGIENICI

- Aiuto totale
- Aiuto parziale
- Senza aiuto/sorveglianza

INCONTINENZA URINARIA

- No
- SI
- Presidi assorbenti
- Catetere vescicale
- Nefro/urostomia

INCONTINENZA FECALE

- No
- Si
- Stomia, sede _____

CAPACITA' DI VESTIRSI/SVESTIRSI

- Totalmente dipendente
- Necessita di aiuto
- Autonomo

ALIMENTAZIONE

- Il paziente è totalmente dipendente riguardo all'alimentazione e va imboccato
- Riesce a manipolare una posata, di solito un cucchiaino, o un altro strumento, ma è necessaria la presenza di qualcuno che fornisca assistenza attiva durante il pasto
- Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. L'assistenza è limitata a gesti più complicati, come versare latte o zucchero nel the, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto, o altre attività di preparazione al pasto
- Il paziente è indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Il paziente riesce a mangiare per proprio conto, su una tavola apparecchiata. Deve essere in grado di adoperare da solo un ausilio, laddove necessario e poter condire con sale, pepe...

PROBLEMI CORRELATI ALL'ALIMENTAZIONE

- Edentulia
- Protesi superiore
- Protesi Inferiore
- Scheletrato superiore
- Scheletrato inferiore
- Rifiuto del cibo
- Disfagia
- Cibi frullati o omogeneizzati
- Addensanti
- Dieta specifica _____
- Alimentazione enterale PEG
- Alimentazione enterale SNG
- Intolleranze e/o allergie alimentari _____

Peso corporeo _____

Altezza _____

DEFICIT SENSORIALI

- Cecità assoluta
- Ipovisus

- Occhiali
- Capacità di leggere
- Capacità di scrivere
- Sordità assoluta
- Ipoacusia
- Protesi acustiche

STATO DI COSCIENZA

- Vigile
- Confuso
- Soporoso
- Apatico (ritiro sociale, perdita di interessi)
- Coma

CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- È in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

DEFICIT DI MEMORIA

- Perdita di memoria occasionale o per eventi recenti
- Perdita di memoria severa o non rammenta nulla
- Parziale disorientamento temporale
- Parziale disorientamento spaziale
- Totale disorientamento temporale
- Totale disorientamento spaziale

IRRITABILITÀ

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

DISTURBI COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

- Crisi d'ansia/attacchi di panico (frequenza_____)
- Deflessione del tono dell'umore
- Disforia/euforia e/o comportamenti disinibiti
- Deliri
- Allucinazioni
- Aggressività fisica
- Aggressività verbale
- Comportamenti autolesivi
- Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi
- Etilismo pregresso
- Etilismo attuale
- Abuso/dipendenza da sostanze pregresso
- Abuso/dipendenza da sostanze attuale (specificare_____)
- Tentato suicidio (data_____)
- Disturbi del sonno
- Inversione ritmo sonno/veglia
- Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento
- Tentativi di allontanamento inconsapevole/fuga
- Attività motoria aberrante (movimenti ripetitivi, tic nervosi, ...)

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA IN USO

- Spondine al letto
- Cintura pelvica
- Cintura addominale
- Lenzuolo anticaduta
- Tavolino
- Bracciali
- Altro _____
- Ben tollerati
- Rifiutati

PRECISAZIONI E/O OSSERVAZIONI

Firma del care-giver _____

RELAZIONE SANITARIA

(da compilare da parte del medico curante)

Cognome e Nome assistita _____

Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale

Ultimo ricovero ospedaliero (se possibile indicare mese/anno e diagnosi alle dimissioni)

Eventuali ricoveri precedenti (se ritenuti utili alla definizione del caso)

Malattie infettive note (epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse, ...)

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega, la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). Si tratta di uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute della persona anziana. La versione proposta è quella suggerita dalla Regione Lombardia. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata, di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema.
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto o no. La prognosi è ottima (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete, fratture).
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità. Il trattamento è indilazionabile. La prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza. Il trattamento è urgente. La prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamento gastrointestinale, embolia).

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari;
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito;
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITA'

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: o NO o SI	_____	<input type="checkbox"/>				
Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	_____	<input type="checkbox"/>				
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	_____	<input type="checkbox"/>				
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	_____	<input type="checkbox"/>				
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	_____	<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	_____	<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	_____	<input type="checkbox"/>				
Fegato (solo fegato)	_____	<input type="checkbox"/>				
Rene (solo rene)	_____	<input type="checkbox"/>				
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	_____	<input type="checkbox"/>				
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	_____	<input type="checkbox"/>				

INTERVENTI PROGRAMMATI (visite specialistiche, ecografie, emotrasfusioni, ...)

GIUDIZIO SULLA STABILITA' CLINICA

<input type="checkbox"/> STABILE	Nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
<input type="checkbox"/> MODERATAMENTE STABILE	Con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
<input type="checkbox"/> MODERATAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
<input type="checkbox"/> INSTABILE	Con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
<input type="checkbox"/> ACUZIE	Con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

PRECISAZIONI E/O OSSERVAZIONI

Nome e Cognome medico curante _____ Tel._____ Fax_____ E-mail_____	Timbro e firma del medico curante
--	-----------------------------------

Data compilazione_____

N.B. Gentile Collega, potrebbe essere contattato dai medici della Struttura per eventuali precisazioni, al fine di valutare al meglio un possibile ingresso. Si ringrazia anticipatamente per la collaborazione.

Allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445:

DICHIARA

a) di essere nata a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
Via _____ n° _____

oppure

b) che la sig.ra _____
è nata a _____ il _____
è residente a _____ Prov. _____
Via _____ n° _____

che in data _____ la famiglia convivente è composta dalle seguenti persone:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante _____

**INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi dell'art. 13 Reg. (UE) 2016/679**

1. Titolare

Il Titolare del trattamento dei dati effettuato presso la RSA San Giuseppe Lavoratore con sede in viale Milano 34 21059 Viggìù Varese è la Congregazione delle Ancelle di San Giuseppe Lavoratore, con sede in Via Griffi 5 21100 Varese (VA) P. Iva 03451340123 C.F. 95013170121, nella persona della Madre Generale.

Per contattare il titolare del trattamento è possibile chiamare al numero di telefono 0332/486144 o scrivere all'indirizzo e-mail: amministrazione@ancellevarese.it

2. Responsabile della protezione dei dati personali

Il titolare ha nominato Siges S.r.l., via G. Ferrari 21, 21047 Saronno (VA) quale Responsabile della Protezione dei dati personali (RDP o DPO), contattabile al numero di telefono 02/967181 o all'indirizzo e-mail: dpo1@sigesgroup.it

3. Finalità

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 Regolamento (UE) 2016/679, di seguito "GDPR"), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, e finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'ospite in fase di pre-ingresso e alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio sociosanitario stesso, alla gestione amministrativa, compreso l'inserimento in lista d'attesa, ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge.

4. Basi giuridiche

I trattamenti dei dati personali hanno quali basi giuridiche (art. 6 GDPR): l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

Per il trattamento dei dati particolari quali quelli relativi allo stato di salute in fase di pre-ingresso è necessario il consenso esplicito.

5. Destinatari

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono al Titolare servizi connessi alla corretta esecuzione dell'attività istituzionale in capo al Titolare e, nello specifico, a: Organismi del Servizio Sanitario Nazionale (ATS di competenza, Ospedali, Cliniche e Laboratori di analisi), medici, società e professionisti di fiducia, consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle compagnie assicuratrici. Inoltre, i dati potranno essere comunicati a terzi esclusivamente al fine di dar corso ad eventuali richieste ricevute e/o ottemperare ad obblighi di legge: Pubbliche Amministrazioni, Organismi di Vigilanza, forze di Polizia, uffici giudiziari, enti con funzioni previdenziali, socioassistenziali e/o educative. Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno e tutori.

6. Trasferimento dati

Il Titolare del trattamento non ha intenzione di trasferire i dati personali dell'interessato verso un Paese terzo all'Unione Europea o verso un'organizzazione internazionale.

7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del servizio eventualmente erogato dal Titolare, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato ha il diritto di:

- chiedere al Titolare conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, ottenendo tutte le informazioni indicate all'art. 15 GDPR (diritto di accesso);

- chiedere la rettifica di dati inesatti o richiederne l'integrazione, qualora essi siano incompleti (art. 16 GDPR);
- ottenere la cancellazione dei dati personali, qualora ricorra uno dei motivi indicati all'art. 17 GDPR;
- ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR;
- revocare il consenso prestato per il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute, senza che sia pregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca (art. 7, par. 3 GDPR);

Tutti i sopraesposti diritti possono essere esercitati comunicandolo al Titolare attraverso i dati di contatto sopra citati.

Inoltre, l'interessato ha il diritto di:

- proporre reclamo ad un'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali)

9. Il conferimento dei dati personali costituisce requisito necessario per la conclusione del successivo contratto. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso al contratto e agli altri adempimenti legali connessi.

Il sottoscritto _____ In qualità di _____

DICHIARA di aver preso visione della presente informativa

e

PRESTA il consenso al trattamento dei dati particolari ex art. 9 GDPR come sopra indicato

Luogo e data _____

Firma del Compilatore dichiarante _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

A completamento della presente domanda (da compilare in ogni sua parte) è necessario allegare:

- Fototessera
- Copia della carta d'identità (NON SCADUTA) e del tesserino sanitario della persona per cui si chiede il ricovero
- Copia verbale invalidità
- Eventuali esenzioni
- Documento relativo alla tutela giuridica (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina ADS, etc.)
- Autocertificazione di stato di famiglia e residenza della persona per cui si richiede il ricovero (Allegato A)
- Consenso al trattamento dei propri dati personali (Allegato B)
- Eventuali esami ematochimici recenti

Non verranno accettate domande incomplete.

Dopo 6 mesi, sarà necessario aggiornare la domanda, specie nella parte riguardante la situazione sanitaria, nel caso di variazioni

In caso di chiamata e di rifiuto temporaneo la domanda perderà la priorità retrocedendo in fondo alla lista.

Si prega di comunicare alla R.S.A. eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (decesso, ricovero presso altra Struttura, ...).

RETТА ANNO 2024

- **COSTO RETTA GIORNALIERA (uguale per ogni Ospite): € 76,00**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- **ASSEGNO BANCARIO O CIRCOLARE INTESTATO A:
CONGREGAZIONE ANCELLE DI S. GIUSEPPE VIGGIU'**
- **BONIFICO BANCARIO A FAVORE DI:
CONGREGAZIONE ANCELLE S. GIUSEPPE LAVORATORE
BANCA Intesa San Paolo Piazza Paolo Ferrari, 10 20121 MILANO
CODICE IBAN: IT93X0306909606100000011769**

INDUMENTI DI CORREDO GUARDAROBA PERSONALE DI CUI DEBBONO ESSERE DOTATE LE OSPITI

Tutte le Ospiti in soggiorno presso la R.S.A. San Giuseppe devono essere dotate del seguente corredo di biancheria personale, al fine di permetterne una permanenza più confortevole possibile, dal momento che per le disposizioni regionali inerenti alle strutture accreditate, non è consentito l'abbigliamento in pigiama e/o camicia da notte se non per casi di malattia che costringano la persona allettata.

Il servizio di lavaggio della biancheria e degli indumenti personali è a carico della Struttura e compreso nella retta.

- 1 Vestaglia camera
 - 4 Camicie da notte
 - 10 Magliette lana o cotone
 - 12 Mutande (per chi è continente)
 - 4 Reggiseni (per chi li utilizza)
 - 12 Fazzoletti da naso (in alternativa, adeguata dotazione di fazzoletti di carta a perdere)
 - 3 Paia di calze in cotone bianco
 - 6 Paia di calze colorate o nylon
 - 1 Paio di pantofole da camera chiuse (invernali/estive)
 - 1 Scialle per letto o golfino di colore chiaro
 - 6 Abiti completi e decorosi per il giorno
- Una borsa da viaggio piccola non rigida per la gestione e l'organizzazione del "necessarie" per le emergenze ospedaliere.

Tutti gli indumenti devono essere opportunamente contrassegnati con targhetta con nome e cognome: il servizio può essere effettuato a pagamento dalla Struttura.

- **COSTO CONTRASSEGNO ABITI 2024: € 50,00 (da pagare una sola volta all'ingresso)**