

UBICAZIONE E DENOMINAZIONE DELLA RESIDENZA	SCELTA DEFINITIVA	SCELTA TEMPORANEA	NUCLEI
Asti AT, Opera Pia Tellini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RSA
Asti AT, Residenza San Giuseppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RSA
Castell'Alfero AT, Residenza Il Faro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RA
Cellarengo AT, A. Gianolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RA
Cortanze AT, Casa Madri Fondatrici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RA
Mongardino AT, Villa Pinuccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RSA
Rocca d'Arazzo AT, Paolo M. Cirincione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RSA
Torino TO, Residenza Madama Cristina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RSA
Asti AT, Ex Clinica San Giuseppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RSA

CAMERA SINGOLA DOPPIA

Il sottoscritto/a richiedente dichiara con la presente domanda:

- o Che i propri dati anagrafici sono quelli riportati qui sotto;
- o Di accettare il Regolamento della struttura riportato sulla Carta dei Servizi che dichiaro di aver ricevuto in copia e di ben conoscere e che viene allegata alla presente in copia da me sottoscritta per dichiarazione di conoscenza;
- o Che le proprie condizioni di salute sono correttamente riportate nella scheda medica allegata;
- o Di non essere affetto/a da malattie infettive;
- o Di essere idoneo alla vita comunitaria;
- o Di nominare quale proprio garante la persona indicata qui sotto, che si impegna a provvedere al pagamento della retta e delle spese in caso di mia impossibilità;
- o Che autorizza la casa di riposo a utilizzare, sotto precisa prescrizione medica, i mezzi di contenzione adatti.

DATI OSPITE (da qui in poi *richiedente*)

COGNOME E NOME | TELEFONO

LUOGO E DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE

RESIDENZA (VIA, CAP, COMUNE PROVINCIA)

DATI DELL'AMMINISTRATORE DELL'OSPITE (da qui in poi *garante*)

COGNOME E NOME Familiare Tutore Curatore Amministratore di sostegno

LUOGO E DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE

RESIDENZA (VIA, CAP, COMUNE PROVINCIA) | TELEFONO

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestare la fattura a

Desidero ricevere la fattura in formato elettronico al seguente indirizzo e-mail.....

Luogo e Data.....

IL RICHIEDENTE: Luogo/Data	IL GARANTE: Luogo/Data	DIRETTORE DI STRUTTURA: Luogo/Data
-----------------------------------	-------------------------------	---

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE

LUOGO E DATA DI NASCITA

PROVENIENZA

CONDIZIONI GENERALI

- DOMICILIO (Indicare con quante e quali persone vive)
- OSPEDALE (Reparto) _____
- CASA DI CURA (Reparto) _____
- CASA DI RIPOSO (Tipo) _____

- BUONE _____
- DISCRETE _____
- SCADENTI _____
- _____

STATO MENTALE

ATTIVITÀ

- LUCIDO _____
- APATICO _____
- CONFUSO _____
- AGITATO _____

- NORMALE _____
- CAMMINA CON AIUTO _____
- COSTRETTO SU SEDIA _____
- COSTRETTO A LETTO _____

INCONTINENZA

- CONTINENTE
- INCONTINENTE PER L'URINA (Specificare se portatore di catetere vescicale a permanenza) _____
- DOPPIA INCONTINENZA

AUTOSUFFICIENZA

- | | | | | | |
|--|------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> PIENA E COMPLETA | SI VESTE E SI SVESTE DA SOLO | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SEMIDIPENDENTE | SI LAVAVA DA SOLO | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE | SI ALIMENTA DA SOLO | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| | VA IN BAGNO DA SOLO | SÌ | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

ALTRE INFORMAZIONI

- | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|---|
| Patologie croniche in atto | NO | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | Descrivere _____ |
| Portatore di protesi | NO | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | Descrivere _____ |
| Intossicazioni croniche (alcol, ...) | NO | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | Descrivere _____ |
| Allergie alimentari e farm. | NO | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | Descrivere _____ |
| Dieta particolare | NO | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | Descrivere _____ |
| Vaccino contro Sars- CoV-2 | NO | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | Descrivere _____ |
| Terapia farmacologica in atto | NO | <input type="checkbox"/> | SÌ | <input type="checkbox"/> | Allegare documentazione a parte, su ricettario personale, indicando posologia e durata, effettiva o presunte, del trattamento |

Il sottoscritto, in qualità di medico curante, dichiara che il richiedente non è attualmente affetto da malattie infettive, contagiose o comunque trasmissibili o da deficit psichici tali da impedire di vivere in comunità.

Il richiedente necessita di cure riabilitative (indicare il tipo di cure):

Ulteriori informazioni utili per un'adeguata assistenza del richiedente:

Nota: la scheda medica va compilata dal medico curante, ovvero dal medico di medicina generale, dal medico ospedaliero o dal medico di casa di cura che firma le dimissioni ovvero dal responsabile sanitario della casa di riposo dove il richiedente è ospitato

IL MEDICO CURANTE (timbro e firma)

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE

RSA/RESIDENZA

VALUTAZIONE DEL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

- AUTOSUFFICIENTE (0-2)
- PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE (3-4)
- NON AUTOSUFFICIENTE
 - BASSA (5)
 - MEDIO-BASSA (6)
 - MEDIA (7-8)
 - MEDIO-ALTA (9)
 - ALTA (10-11)
 - ALTA LIVELLO INCREMENTATO (12)

VALUTAZIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE RIPORTATE

Indicare se le informazioni sanitarie del medico curante sono adeguate, oppure si rende necessario:

- richiedere ulteriori informazioni

- richiedere consulto specialistico

- richiedere accertamento diagnostico

- sottoporre il richiedente a visita medica

GIUDIZIO DEL DIRETTORE SANITARIO, ISTRUZIONI PER LA RESIDENZA, ISTRUZIONI PER L'URP

DIRETTORE SANITARIO (timbro e firma)

COGNOME E NOME DEL RICHIEDENTE

RSA/RESIDENZA

COME MAI SI È RITENUTO OPPORTUNO ENTRARE IN UNA RSA? O CAMBIARE RESIDENZA?

CHI HA PRESO LA DECISIONE DI ENTRARE IN UNA RSA?

- IN AUTONOMIA
- FAMILIARE
- OSPEDALE
- ALTRO _____

QUALI SONO LE SUE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELLA RSA?

- RIABILITAZIONE
- RIPRESA SOCIO PSICO EMOTIVA
- RICOVERO TEMPORANEO DI SOLLIEVO
- RESIDENZA A LUNGO TERMINE

COSA RITIENE PIU' UTILE (SONO POSSIBILI RISPOSTE MULTIPLE)

- ASSISTENZA MEDICO INFERMIERISTICA
- ATTIVITA' DI FISIOTERAPIA
- ATTIVITA' RICREATIVE E DI SOCIALIZZAZIONE
- SOSTEGNO PSICOLOGICO
- ALIMENTAZIONE VARIEGATA
- PULIZIA E SERVIZIO LAVANDERIA
- ASSISTENZA SPIRITUALE
- SERVIZIO DI PARRUCCHIERA ED ESTETICA CURATIVA
- CURA ED IGENE PERSONALE
- ALTRO _____

DA CHI SI ASPETTA DI AVERE NOTIZIE CIRCA LE CONDIZIONI DELL' OSPITE?

- DIRETTORE SANITARIO
- DIRETTORE DI STRUTTURA
- INFERMIERE PROFESSIONALE
- OPERATRICE SOCIO SANITARIA

PSICOLOGO (firma)

ALLA CORTESE ATTENZIONE DEL/LA SIGNOR/A RICHIEDENTE	ALLA CORTESE ATTENZIONE DEL/LA SIGNOR/A GARANTE
PREVENTIVO N.	RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE / RA

Facendo seguito alla Vs. Domanda di Accoglienza del _____ e Scheda Medica, compilata da Vs. Medico curante il _____, siamo lieti di comunicarVi il preventivo di ospitalità:

RETTA MENSILE A PERSONA	€
ALTRI SERVIZI	€
TOTALE RETTA MENSILE AL NETTO DI IVA	€
TOTALE RETTA MENSILE (IVA COMPRESA)	€

L'accoglienza del richiedente è possibile dal giorno _____ Sigla personale per il vestiario _____

Il presente preventivo è basato sulle condizioni di salute del richiedente dichiarate con la "scheda medica", in caso di variazioni il presente preventivo non è più applicabile. Il presente preventivo ha validità 30 giorni al termine del quale verrà valutato il livello assistenziale definitivo in base alla D.G.R. 10 marzo 2008, n. 42-8390 Regione Piemonte "Cartella geriatrica dell'unità di valutazione geriatrica e linee guida del piano assistenziale individuale". Vi preghiamo di restituirci copia del presente preventivo firmato in ogni sua parte per accettazione del richiedente e/o garante.

Ai sensi degli art. 1341 comma 2 cc il richiedente e/o il garante approvano le seguenti clausole:

- Si impegnano a disporre mensilmente entro il giorno 10 di ciascun mese il pagamento della retta concordata e di tutte le spese che saranno effettuate su richiesta o per esigenze connesse all'assistenza.
- In particolare, approvano le seguenti clausole:
1. Che tale retta è suscettibile di adeguamento in base alle variazioni degli indici nazionali dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati, annualmente accertati dall'ISTAT e calcolato sulla media degli ultimi 12 mesi disponibili;
 2. Che la retta potrà essere modificata in conseguenza del variare del tipo di assistenza che verrà erogata, in conseguenza delle variazioni delle esigenze personali e dello stato di salute rilevato;
 3. Che la retta potrà altresì essere soggetta a modificazioni in conseguenza all'ammodernamento della struttura nonché della variazione dei costi della manodopera del personale;
- Prendono atto che nei casi previsti dai precedenti punti 1,2 e 3
 - a. La struttura ci informerà delle variazioni della retta con lettera spedita presso il domicilio di _____, o, in alternativa, con comunicazione effettuata al seguente indirizzo di posta elettronica _____
 - b. Che l'ospite potrà recedere dal presente contratto nel termine di trenta giorni dalla data di ricezione della stessa, liberando nello stesso termine la stanza occupata, manifestando tale recesso per iscritto, con lettera raccomandata indirizzata alla Direzione della struttura
 - c. Che il mancato esercizio di tale esplicita facoltà di recesso, comporterà l'automatico rinnovo del presente contratto alle nuove condizioni comunicateci;
- Si impegnano ad applicare sul vestiario personale del richiedente il nome o la sigla personale identificativa;
 - Dichiarano che non ci sono state variazioni nello stato di salute del richiedente rispetto a quanto indicato sulla scheda medica presentata con la domanda di accoglienza;
 - Accettano la "Carta dei servizi" della struttura che dichiarano di aver ricevuto in copia e di ben conoscere, e che viene allegata alla presente in copia da noi sottoscritta per dichiarazione di conoscenza, unitamente alla convenzione sottoscritta con l'ASL di competenza (solo per utenti in convenzione);
 - Accettano, come previsto dalla "Carta dei Servizi", eventuali spostamenti dell'Ospite, stabiliti dalla direzione della struttura, in altra camera e/o nucleo in conseguenza del cambiamento dei bisogni assistenziali, dei problemi di incompatibilità tra gli ospiti, di necessità interne o necessità assistenziali.
 - Si impegnano a compilare la "scheda ospite" e a presentare i documenti ivi indicati.

Ai sensi dell'art 1341 comma 2 cc. Firma del RICHIEDENTE E/O GARANTE _____

Dichiarazione di accollo

Il sottoscritto..... in qualità di Familiare Tutore Curatore Amministratore di sostegno
 Nato a..... (....), il,residente in.....(....), via.....,
 codice fiscale..... dichiaro di accollarmi espressamente ogni obbligazione pecuniaria contratta dal/la sig./ra..... ivi compresa ogni spesa connessa al ricovero (a titolo esemplificativo e non esaustivo: spese mediche non convenzionate con il SSN, medicinali, analisi, trasporto ambulanza, ecc..) di cui alla presente, che dichiaro di conoscere ed approvare. Mi impegno a pagare la retta mensilmente e senza bisogno di alcuna richiesta, con le modalità indicate sulla fattura e mi impegno altresì a pagare, con le modalità che mi saranno indicate, ogni altra spesa accessoria entro dieci giorni dalla semplice richiesta a me indirizzata.

IL RICHIEDENTE	IL GARANTE per conoscenza	DIRETTORE DI STRUTTURA
-----------------------	----------------------------------	-------------------------------

Il presente preventivo sostituisce tutti i precedenti.

ALLA CORTESE ATTENZIONE DELL' OSPITE SIGNOR/A RICHIEDENTE

Oggetto: Informativa e richiesta consenso ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 Regolamento Europeo 679/2016 (nel prosieguo, "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Ai Signori Ospiti / Richiedenti

Premessa

Con la presente forniamo qui di seguito le informazioni circa l'utilizzo da parte della scrivente società dei Vostri/Suoi dati personali acquisiti in relazione alla gestione ed erogazione del servizio.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è Coop. Il Faro A.R.L., con sede legale in Corso Alfieri, 234, 14100 Asti P.I. 01020300057, tel 0141.592415.

Responsabile Della Protezione Dei Dati.

Ai sensi dell'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679 Coop. Il Faro A.R.L. ha designato un Responsabile della protezione dei dati (DPO o RPD) che potrà essere contattato scrivendo al seguente indirizzo: Responsabile Dati Personali c/o Coop. Il Faro A.R.L., Corso Alfieri, 234, 14100 Asti; email privacy@cooperativailfaro.it, PEC rdp.privacy@pec.it

Fonte dei dati personali

I dati in nostro possesso, acquisiti in relazione al rapporto di gestione ed erogazione del servizio sono raccolti direttamente presso l'interessato. Tutti i dati raccolti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente, e comunque, con la dovuta riservatezza.

Finalità e base giuridica del trattamento

I Suoi dati personali, anche di natura particolare saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, e solo previo Suo specifico e libero consenso per le finalità di seguito indicate:

1. finalità di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione e attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, registrazione delle esenzioni, certificatorie relative allo stato di salute, etc.);
2. comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) indicati specificamente dall'interessato, ove applicabile;

I Suoi dati personali sono/saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, senza il Suo consenso, per le finalità di seguito indicate:

1. in ottemperanza agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria (in particolare in materia di igiene e sanità ed in relazione ad adempimenti fiscali; verifiche di carattere amministrativo, ispezioni di organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria; investigazioni della polizia giudiziaria ecc.);
2. finalità difensive;

I Suoi dati personali sono/saranno trattati dal Titolare, solo in forma anonima, per le eventuali finalità di seguito indicate:

1. attività di programmazione, gestione e controllo dell'assistenza sanitaria, svolte anche attraverso indagini e questionari di valutazione del gradimento.

Inoltre, le Sue immagini saranno trattate, solo previo Suo specifico e libero consenso e specifica liberatoria, per le finalità di seguito indicate:

1. Consentire l'eventuale esposizione, all'interno della struttura, di riproduzioni fotografiche relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio.
2. Consentire l'eventuale pubblicazione, senza diffusione esterna, di newsletter con riproduzioni fotografiche e testi contenenti anche esperienze personali.
3. Consentire l'eventuale pubblicazione di riproduzioni fotografiche relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio, sul sito internet istituzionale e pagina Facebook.

Nella tabella sono riportate le finalità, la natura dei dati trattati e la base giuridica di riferimento:

FINALITA'	DATI TRATTATI	BASE GIURIDICA
Gestione della clientela	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.), dati relativi ai pagamenti, agli accolti, ecc..	Esecuzione di un contratto, di cui l'interessato è parte. Accertare, esercitare o difendere un diritto
Prestazioni di natura sanitaria concordate/ Valorizzazione FSE	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Stato di salute – patologie attuali, patologie pregresse; Stato di salute – terapie in corso; Sesso	Manifestazione del consenso del soggetto interessato
Prestazioni di natura sanitaria	Stato di salute – patologie attuali, patologie pregresse; Stato di salute	Salvaguardia interessi vitali dell'interessato
Tenuta dei registri contabili e Adempimenti fiscali	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; corrispettivo della prestazione resa; descrizione della prestazione resa	Rispetto di obblighi di legge
Attività di monitoraggio e valutazione dei servizi sanitari	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; corrispettivo della prestazione resa; descrizione della prestazione resa	Rispetto di obblighi di legge
Promozione dell'attività sociale, sensibilizzazione della comunità.	riproduzioni fotografiche / video relative a momenti conviviali e di svago	Manifestazione del consenso del soggetto interessato

Modalità del trattamento

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto della citata legge.

Conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono raccolti, rispettando il principio di minimizzazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c) del GDPR, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nelle procedure aziendali adottate, rese disponibili all'interessato presso l'Ufficio amministrazione. I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario all'assolvimento di obblighi di legge, ovvero secondo quanto previsto in termini di conservazione per la documentazione sanitaria prodotta.

Natura della raccolta

La comunicazione dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è obbligatoria. Il loro mancato conferimento comporta, a seconda dei casi, l'impossibilità di accedere alle prestazioni sanitarie e/o l'impossibilità di ottenere i benefici economici richiesti e/o previsti dalla normativa vigente. Il conferimento dei dati relativi al Suo stato di salute affinché siano comunicati ai Suoi familiari è facoltativo e, in mancanza, Lei potrà comunque beneficiare delle prestazioni sanitarie: pertanto, in occasione di ogni ricovero Le verrà chiesto di indicare a quali soggetti desidera far conoscere tali informazioni. Il conferimento dei dati per le finalità di cui ai punti 4, 5 e 6 sono facoltativi: pertanto, un eventuale diniego del consenso al trattamento Le impedirà di usufruire dei rispettivi servizi ma Le consentirà di beneficiare della prestazione del ricovero

Comunicazione e diffusione

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, e in presenza della base giuridica relativa, i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni e secondo i profili attribuiti agli stessi (compresi medici in formazione specialistica, tirocinanti, ecc.), nonché, nei casi stabiliti da leggi, regolamenti o per svolgimento di funzioni istituzionali, alle seguenti categorie di soggetti esterni:

- oggetti pubblici (Aziende Sanitarie) e/o privati (Strutture sanitarie private, Case di riposo) coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico, in caso di trasferimento;
- Servizio Sanitario Regionale (es. invio delle schede di dimissione ospedaliera);
- compagnia assicurativa dell'Azienda al fine di tutelare gli operatori e l'Azienda stessa nelle ipotesi di responsabilità;
- Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita;
- Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.
- Società commerciali per lo svolgimento di attività economiche (commerciali, gestionali, gestione dei sistemi informativi, assicurative, intermediazione bancaria o non bancaria, gestione della spedizione, imbustamento e invio corrispondenza, gestione e tutela del credito), per l'assolvimento di norme di legge (studi commercialisti, avvocati) e per garantire l'assistenza medica specialistica e infermieristica (Medico curante del Richiedente, Enti sanitari quali il Medico di guardia e il pronto soccorso, infermieri, Aziende Sanitarie Locali competenti).

I dati non saranno diffusi.

Le assicuriamo che tutte le comunicazioni avverranno nell'osservanza della norma e, in particolare, saranno strettamente connesse alle finalità sopra esposte.

I Suoi dati personali non saranno oggetto/di trasferimento presso Paesi Terzi non europei.

Il Titolare del trattamento si riserva però la possibilità di utilizzare servizi in cloud: in tal caso i fornitori di tali servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR.

Diritti dell'interessato

In qualità di interessato ha il diritto di ottenere, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o la portabilità dei dati o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento); revocare il consenso al trattamento specifico. Tale revoca non preclude la liceità del trattamento effettuato in base al consenso prestato anteriormente alla revoca;

Diritto di reclamo.

L'apposita istanza dovrà essere presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso Coop. Il Faro A.R.L., Corso Alfieri, 234, 14100 Asti; Email privacy@cooperativailfaro.it, (da creare) PEC rdp.privacy@pec.it

Inoltre, qualora ritenga che il trattamento avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo al Garante, quale Autorità di controllo, secondo le procedure previste (art. 77 del Regolamento stesso), o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Nel valutare quanto sopra al fine di fornirci il Suo consenso al trattamento La preghiamo di tener presente che fra le informazioni personali oggetto del medesimo, da Lei fornite o da noi rilevate vi sono anche alcuni dati definiti particolari "sensibili" (ex art. 9 del Regolamento, relativi, in particolare, allo stato di salute).

CONSENSO DELL'INTERESSATO/A

Io sottoscritto/a, dichiaro di aver preso debita conoscenza della su estesa informativa, dei diritti dell'interessato di cui al Regolamento Europeo 679/16, e la possibilità di acconsentire al trattamento per le finalità di cui sopra, nei termini sopra descritti, dei miei dati personali e dei miei familiari. Tale consenso viene da me espressamente riferito anche ai dati definiti particolari "sensibili" (ex art. 9 del Regolamento - stato di salute) la cui natura ed importanza mi è nota.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

All' utilizzo dei miei dati per la **valorizzazione ed aggiornamento del mio Fascicolo Sanitario Elettronico**
Presto il mio consenso

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

ad **esporre all'interno della struttura** di riproduzioni fotografiche relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio;

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

a pubblicare, senza diffusione esterna, **newsletter interne** con riproduzioni fotografiche e testi contenenti anche esperienze personali
Presto il mio consenso

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

a pubblicare riproduzioni video e fotografiche relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio, **sul sito internet istituzionale e social network**

IL RICHIEDENTE / OSPITE O CHI NE FA' LE VECI

IL DIRETTORE DI STRUTTURA

Oggetto: Liberatoria/ autorizzazione per la pubblicazione di foto e video

DATI OSPITE (da qui in poi *richiedente*)

COGNOME E NOME

TELEFONO

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENZA (VIA, CAP, COMUNE PROVINCIA)

DATI DELL'AMMINISTRATORE DELL'OSPITE (da qui in poi *garante*)

COGNOME E NOME

Familiare Tutore Curatore Amministratore di sostegno

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENZA (VIA, CAP, COMUNE PROVINCIA)

TELEFONO

Con riferimento alle immagini (foto e video) relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio,

AUTORIZZA

La Coop. Sociale IL FARO, senza limiti di tempo e a titolo gratuito, anche ai sensi degli artt.10 e 320 cod. civ e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n.633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini sul sito internet istituzionale della Coop. Sociale IL FARO, sui social network (in particolare sulla pagina Facebook), su carta stampa e/o qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video degli stessi negli archivi informatici dello stesso e prende atto che le finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo ed eventualmente promozionale.

La presente liberatoria potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta o e-mail.

Data

Firma (leggibile) _____

- Cartelle Cliniche
- Prescrizioni mediche
- Prescrizioni dietetiche
- Documento di identità (fotocopia fronte e retro) valido e aggiornato del richiedente e garante
- Codice fiscale (fotocopia) del richiedente
- Tesserino sanitario (in originale) del richiedente
- Tesserino di esenzione (in originale) del pagamento dei medicinali del richiedente
- Certificato di invalidità dove previsto
- _____
- _____
- _____

ALTRI RIFERIMENTI TELEFONICI	PARENTE