

Data di presentazione domanda:
Data d'ingresso:
Numero Biancheria:
Data di inizio del pagamento per conservazione posto:

**AL PRESIDENTE della
FONDAZIONE GASPARE SPONTINI**
Via G. Spontini, 38- 60030- Maiolati Spontini- (An)

Ufficio : tel. 0731 702244
fax 0731 707868
Struttura: tel. 0731 702302

Animatrice/Infermieri: 3664323746

Email: info@fondazionegasparespontini.it

I sottoscritti:

1. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

2. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

3. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

Chiedono

Che il Sig./ la Sig.ra

Nato a _____ il _____

Nome del padre _____ Nome della madre _____

Stato civile _____

Vedovo /a di _____

Coniugata / o di _____

Grado di istruzione _____

Professione prevalente _____

Residente _____ via _____ n. _____

Domicilio _____ via _____ n. _____

Provenienza _____

Parrocchia _____

Telefono _____

C.F. _____

Medico curante _____

Qualora il medico attuale non fosse disponibile a continuare il servizio presso la struttura si consiglia di sostituirlo con uno presente nel distretto e nella struttura.

Ha allergie a farmaci _____ si no se si quali.....

Ha allergie alimentari si no se si quali.....

Utilizzo di apparecchi acustici si no

Utilizzo protesi dentaria si no

Se si quali sono sopra o sotto si no

viene tolta regolarmente si no

Utilizzo Occhiali si no

E' in possesso di cartella assistenza medica domiciliare: si no

Sono attivi i pannoloni: si no

L'OSPITE HA IN UTILIZZO AUSILI:

CARROZZINA: FORNITA DALL'ASUR : si no

DI PROPRIETA' : si no

MATERASSINO ANTIDECUBITO: FORNITA DALL'ASUR : si no

DI PROPRIETA' : si no

DEAMBULATORE: FORNITA DALL'ASUR : si no

DI PROPRIETA' : si no

Nel caso avesse in utilizzo letto e sponde ortopedico , sollevatore in utilizzo nel proprio domicilio i familiari sono tenuti alla restituzione. La struttura è fornita di tali ausili.

E' in possesso di cellulare personale si no

La struttura è esonerata da ogni responsabilità per la custodia e non assume responsabilità alcuna per furto e smarrimento.

Si informa che la struttura dispone per tutti gli ospiti la possibilità di utilizzare i propri telefoni al bisogno e a richiesta.

DATI PENSIONISTICI

Pensione Cat. _____ N. _____

Pensione Cat. _____ N. _____

Indennità di accompagnamento _____

Per l'importo mensile complessivi Euro _____

E titolare di eventuali redditi _____

Nome del delegato al ritiro alla pensione _____

che venga ricoverata presso la struttura residenziale della “Fondazione Gaspare Spontini”.

A tal fine accetta e sottoscrive le seguenti principali condizioni stabilite dall'Amministrazione della Fondazione:

- A. Di aver preso visione della Carta Servizi e di accettarla in ogni sua parte senza condizioni e riserve.
- B. Di conoscere ed accettare che la Fondazione Gaspare Spontini eroga prestazioni di miglioramento del confort alberghiero e prestazioni socio assistenziali aggiuntive rispetto agli standard regionali e pertanto si impegna a corrispondere la conseguente retta giornaliera così come adeguatamente determinata dal Consiglio di Amministrazione.
- C. Di impegnarsi al pagamento della retta da parte dell'utente o da altro familiare obbligato al mantenimento ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile.
Di impegnarsi ad allegare, qualora vantino il diritto all'integrazione della retta da parte di Enti (di cui art. 6, co 4, L. 328/2000) il relativo impegno di spesa, totale o parziale con specifica dell'importo mensile a carico dello stesso.
- D. Di accettare che la retta di ospitalità è determinata a seguito della valutazione del fabbisogno di assistenza e che essa potrà subire variazioni determinate dal Consiglio di Indirizzo in base ai costi di gestione del servizio, anche con effetti retroattivi.
- E. Di essere a conoscenza ed accettare che nella **retta di degenza**

Sono compresi:

Servizio mensa (la preparazione dei pasti viene effettuata in maniera esclusiva dal personale interno alla struttura sulla base del menù predisposto dal Responsabile Sanitario e che potrà variare in relazione alle stagioni dell'anno ed a esigenze personali dell'ospite).

Servizio di ristorazione viene direttamente gestito con personale adeguatamente formato, il quale provvede a gestire la cucina predisponendo la preparazione e la distribuzione dei pasti per gli ospiti ed inoltre assicura la preparazione delle diete individuali. I pasti sono preparati nel rigoroso rispetto dei protocolli igienico-operativi definiti.

Servizio alberghiero:

viene garantito all'ospite dal momento in cui viene accolto all'interno della struttura. La prestazione di tale servizio viene fornita tramite il personale dipendente professionalmente preparato e qualificato. Il servizio garantisce la pulizia e l'igiene dei locali secondo il programma e le procedure individuate nel piano di pulizia e sanificazione (con l'utilizzo di attrezzature e prodotti igienici non tossici differenziati per la pulizia degli ambienti).

Servizio lavanderia e guardaroba:

l'ospite all'atto dell'ingresso dovrà disporre di tutto il corredo personale quale biancheria intima, vestiario sul quale dovrà essere apposto/ cucito un numero a responsabilità del familiare che viene acquistato in merceria e viene determinato al momento dell'ingresso.

Il servizio lavanderia è garantito mediante personale interno il quale provvede al lavaggio, alla stiratura, al rammendo ed alla riconsegna della biancheria nelle rispettive camere.

Servizio Religioso:

con la presenza stabile di n.3 suore all'interno della struttura viene quotidianamente recitato il Rosario. Inoltre utilizzando la cappella interna viene celebrata tutti i giorni, mattina o pomeriggio, la santa messa anche con la partecipazione di molti fedeli del paese.

Servizio Ricreativo: attività occupazionali svolte sia da personale volontario e da personale specializzato secondo programmi e piani stabiliti in corso d'anno.

Servizio Telemedicina con l'INRCA per il servizio di TELECARDIOLOGIA : finalizzato ad un servizio di telecardiologia per la refertazione a distanza di derivazioni elettrocardiografiche sia per il controllo che per insorgenze contingenti.

Servizio Infermieristico e Socio –Assistenziale: vengono offerte prestazioni socio sanitarie aggiuntive rispetto agli standard regionali.

Servizio Medico : La presenza del medico di base è programmata e a richiesta come nel proprio domicilio.

Non sono compresi:

Servizio parrucchiera, barbiere, pedicure e manicure

Tali servizi, a richiesta dell'ospite, potranno essere effettuati internamente alla struttura attraverso l'intervento di personale qualificato esterno.

Le ordinarie prestazioni di lavaggio dei capelli e pettinatura sono invece garantite e svolte dal personale socio-assistenziale.

Eventuali forniture di farmaci non mutuabili .

Eventuali trasporti in strutture ospedaliere non coperti dal S.S.N.

Assistenza ospedaliera in caso di ricovero

Servizio fisioterapico:

Servizio di fisioterapia su prescrizione del fisiatra tramite servizio assistenza sanitario nazionale o a richiesta dell'ospite tramite servizio privato.

- F. Di autorizzare l'Ente ad effettuare in via discrezionale lo spostamento del degente in altra stanza rispetto a quella inizialmente assegnata.
- G. Di accettare il ricovero provvisorio, dal quale ha inizio un periodo di prova di 60 giorni atto ad accettare la sua idoneità fisica- psichica alla vita comunitaria e alle strutture assistenziali che codesto Ente è in grado di fornire e che l'ammissione alla Casa di Riposo resta riservata al giudizio insindacabile del Consiglio di Amministrazione, senza obbligo di motivazione in caso di rigetto della domanda.
- H. Di impegnarsi a segnalare eventuali variazioni dello stato pensionistico e dei cespiti, compreso quello di accompagnamento relativi al degente.
- I. Di esonerare da ogni responsabilità la struttura per la custodia di effetti personali (preziosi, anelli, collane, bracciali, orecchini in oro o simili) che vengano lasciati al proprio familiare. Pertanto la fondazione non assume responsabilità alcuna per furto e smarrimento dei valori e degli oggetti personali di qualsiasi tipo , ivi compresa la protesi dentaria, conservati nella stanza dell'ospite o comunque nella sua disponibilità
- J. Di prendere atto che la struttura è una struttura aperta e che pertanto la direzione declina ogni responsabilità nei confronti di coloro che per qualsiasi motivo si allontanano dalla stessa.

In relazione a quanto sopra i sottoscrittori si impegnano a pagare mensilmente la retta che sarà stabilita con le modalità stabilite, vita natural durante del ricoverato e ad accettare quelle norme che l'amministrazione emanerà ogni qual volta si rendano necessarie ed opportune per il funzionamento della struttura.

Li, _____

In Fede.

Firma _____

Firma _____

Firma _____

Nominativo a cui far riferimento per eventuali comunicazioni urgenti:

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

Nominativo a cui inviare le fatture di pagamento delle rette:

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

Indirizzo email dove inviare la fattura: _____

AUTORIZZAZIONE AL SERVIZIO FARMACIA

Il sottoscritto.....
familiare/amministratore dell'Ospite.....
preposto al pagamento del servizio farmacia si impegna al pagamento degli stessi e autorizza la Farmacia Moje a fornire i farmaci necessari per il proprio familiare/assistito, i quali vengono richiesti, prescritti dal medico di medicina generale o da medici specializzati e preposti dai familiari stessi.

Il sottoscritto autorizza la Farmacia Moje ad effettuare eventuali comunicazioni al seguente numero telefonico.....

In fede.

Data,

Firma.....

DATI RELATIVI ALLA VACCINAZIONE ANTICOVID-19:

Indicare la data della somministrazione della prima dose _____

Indicare la data della somministrazione della seconda dose _____

Luogo dove ha ricevuto la somministrazione del vaccino

Si prega di allegare fotocopia delle certificazioni

DA ALLEGARE SUBITO:

- a. certificato di una anamnesi personale che certifichi la condizione dell'ospite attuale e che descriva la storia clinica dell'ospite;
- b. scheda sanitaria (vedi modello allegato)
- c. fotocopia di verbale di invalidità

N.B.: entrambi i documenti vanno fatti compilare dal medico di medicina generale ed eventualmente integrati con referti/esiti di visite specialistiche

DA ALLEGARE solo ad ingresso sicuro:








AL COMUNE DI RESIDENZA:



- d. certificato di residenza - e stato di famiglia o autocertificazione

DAL MEDICO CURANTE:

- e. certificato rilasciato dal medico curante, da cui risulti specificamente che il richiedente non è **affetto da malattie infettive**, infermità o turbe mentali che siano comunque incompatibili con la normale convivenza in comunità, che comportino un livello di assistenza sanitaria, medico ed infermieristica che esorbiti dalla possibilità particolare sorveglianze;
- f. PIANO TERAPEUTICO rilasciato da medico specialistico (se in possesso)
- g. Copia certificazione vaccinazione anticovid-19
- h. copia mod. 730 o mod. 740, ultimo certificato di pensione, cud dei redditi dell'anno precedente (SOLO PER LE PERSONE CHE NON HANNO PARENTI OBBLIGATI)
- i. Copia documento d'identità
- j. COPIA TESSERINO DI ESENZIONE TICKET (qualora ne sia in possesso)
- k. COPIA ULTIMA BOLLA DI CONSEGNA DEI PANNOLONI (qualora sia attivi)
- l. COPIA ULTIMA BOLLA DI CONSEGNA DELL'OSSIGENO (qualora sia attivo)
- m. COPIA TESSERA SANITARIA (per coloro che sono fuori del comune di Maiolati Spontini, è consigliabile cambiare il proprio medico di medicina generale e scegliere uno dei dottori presenti nella casa di riposo, per favorire il reperimento in caso di necessità).

Informativa articolo 13 GDPR 679/2016
Informativa per il trattamento dei dati personali raccolti presso l'interessato

	<p>Nel rispetto di quanto previsto dal Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali) le forniamo le dovute informazioni in ordine al trattamento dei dati personali forniti. Si tratta di un'informativa che è resa ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).</p> <p>TIPOLOGIA DI DATI TRATTABILI</p> <p>Dati trattati:</p> <p>“dato personale”: qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata e identificabile (“interessato”); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all’ubicazione, un identificativo on line o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale; (C26, C27, C30).</p> <p>“dato particolare”: dati personali che rivelano l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l’appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona (C51).</p>		
	<p>TITOLARE DEL TRATTAMENTO, ai sensi dell’art.4 del Reg. UE 2016/679, è la FONDAZIONE GASPARE SPONTINI con sede amministrativa in Via Spontini 11, 60030 Maiolati Spontini (An) Tel. 0731702244 ,email info@fondazionegasparespontini.it nella persona del presidente pro-tempore.</p>		
	<p>RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO – Data Protection Officer), ai sensi degli artt.37-39, la società ha provveduto a nominare il DPO/RPD, contatti email dpo@fondazionegasparespontini.it</p>		
 <p align="center">FINALITA' DEL TRATTAMENTO</p>	 <p align="center">BASE GIURIDICA</p>	 <p align="center">PERIODO DI CONSERVAZIONE</p>	 <p align="center">NATURA DEL CONFERIMENTO</p>
<p>A) Esecuzione del contratto: i dati trattati saranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>dati anagrafici, di contatto e di pagamento</u> – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo abitativo, nonché informazioni relative al pagamento della retta, ecc. • <u>dati relativi allo stato di salute:</u> i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale dell'ospite sono raccolti direttamente e aggiornati rispetto a valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi che possono influenzare la presa in carico dell'utente e la frequentazione del servizio. 	<p>Ai sensi dell’art. 6, comma 1, lett. b), il trattamento è necessario all’esecuzione di obblighi contrattuali o all’esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso;</p> <p>Ai sensi dell’art.9 comma 2, lett. h), il trattamento è necessario per l’assistenza o terapia sanitaria o sociale</p>	<p>I vostri dati anagrafici, di contatto e di pagamento sono conservati per 10 anni, mentre i dati relativi allo stato di salute dell’ospite non è previsto un limite nella conservazione</p>	<p>Il conferimento dei dati è facoltativo resta inteso che un “eventuale rifiuto a rispondere” al momento della raccolta delle informazioni, o l'eventuale diniego di trattamento dei dati può comportare la nostra oggettiva impossibilità di dar luogo ai rapporti contrattuali medesimi.</p>

<p>B) Utilizzo del nome e cognome per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati agli ospiti che risulteranno o potranno risultare pertanto visibili a terzi ospiti e visitatori;</p>	<p>Ai sensi dell'art. 6 comma 1, lett a), del GDPR 2016/679 la base giuridica è rappresentata dal Consenso dell'interessato "l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per uno o più specifiche finalità".</p>	<p>I dati saranno conservati fino alla revoca del consenso (opt-out).</p>	<p>Il conferimento dei dati per la finalità in esame è facoltativo. In mancanza dello stesso non verrà effettuata alcuna registrazione della sua immagine, L'eventuale successiva revoca del consenso precedentemente accordato non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso antecedente alla revoca stessa (rif. art. 7, comma 3)</p>
<p>C) Trattamento e diffusione di immagini fotografiche e video per finalità informative di promozione di attività di laboratorio e ricreative, all'interno della struttura, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la creazione e distribuzione di pubblicazioni su carta stampata, indicativamente a operatori, ospiti, loro familiari e visitatori; • la produzione e diffusione di materiale audiovisivo, indicativamente a operatori, ospiti, loro familiari e visitatori; 	<p>Ai sensi dell'art. 6 comma 1, lett a), del GDPR 2016/679 la base giuridica è rappresentata dal Consenso dell'interessato "l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per uno o più specifiche finalità".</p>	<p>I dati saranno conservati fino alla revoca del consenso (opt-out). In caso di mancata revoca i dati sono conservati senza limitazione di tempo.</p>	<p>Il conferimento dei dati per la finalità in esame è facoltativo. In mancanza dello stesso non verrà effettuata alcuna registrazione della sua immagine, L'eventuale successiva revoca del consenso precedentemente accordato non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso antecedente alla revoca stessa (rif. art. 7, comma 3)</p>
	<p>DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI</p> <p>I dati di natura personale e particolare forniti saranno comunicati a destinatari, che trattengono i dati in qualità di responsabili (art.28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone fisiche che agiscono sotto l'autorità del Titolare e del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità sopra elencate. Precisamente i dati potranno essere trattati e comunicati dove previsto dalla legge o da normative secondarie al: Direttore Sanitario, Medico Curante, Personale incaricato al trattamento, Personale sanitario esterno, Asur, Inps, Poste o altre società di recapito della corrispondenza, Farmacie.</p> <p>La lista dei Responsabili del trattamento e costantemente aggiornata e disponibili presso la sede del Titolare e ai contatti sopra riportati</p>		
	<p>TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO</p> <p>Il Titolare del trattamento non trasferisce i dati personali e particolari in paesi terzi o a organizzazioni internazionali fuori dall'Unione Europea.</p>		
	<p>DIRITTI DEGLI INTERESSATI</p> <p>Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dal Regolamento UE 2016/679 artt.15 e ss, scrivendo all'RPD/DPO all'indirizzo dpo@fondazionegaspaespontini.it. Lei ha il diritto, in qualunque momento, di chiedere l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi. Inoltre, ha il diritto alla portabilità dei suoi dati. Ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato senza alcun pregiudizio circa la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, se ritiene che il trattamento dei dati che la riguardano, violi quanto previsto dal Reg. UE 2016/679, ai sensi dell'art.15 lettera f) del succitato Reg.UE 2016/679, Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (Autorità di controllo www.garanteprivacy.it).</p>		



MODIFICHE INFORMATIVA

Il titolare si riserva il diritto, a sua discrezione, di cambiare, modificare, aggiungere o rimuovere qualsiasi parte della presente informativa sulla privacy, in qualsiasi momento. Al fine di facilitare la verifica di eventuali cambiamenti, l'informativa conterrà l'indicazione della data di aggiornamento dell'informativa.

Data di aggiornamento 24/11/2023

Il Titolare del Trattamento FONDAZIONE GASPARE SPONTINI

RICHIESTA CONSENSO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____

In qualità di Familiare Tutore Amministratore di sostegno

del Sig./a _____

riconoscendo che le condizioni psicofisiche dell'ospite non consentono di accettare i termini dell'informativa allegata, **dichiara di** aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679, e di

AUTORIZZARE NON AUTORIZZARE

Il trattamento di cui al punto B) dell'informativa art.13 GDPR 679/2016

AUTORIZZARE NON AUTORIZZARE

Il trattamento di cui al punto C) dell'informativa art.13 GDPR 679/2016

Data _____

Firma leggibile
