

R.S.A. sen. Carlo Perini

# Domanda d'ingresso in RSA

## INDICE:

1. DATI DEL RICHIEDENTE E DELL'OSPITE
2. DATI COOBBLIGATI
3. RETTE APPLICATE
4. ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA
5. QUESTIONARIO SANITARIO PER IL MEDICO CURANTE
6. CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI (LEGGE SULLA PRIVACY)

## 1. DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_ del sig/ra \_\_\_\_\_

## DATI DELL'OSPITE

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ numero figli:  maschi n. \_\_\_\_\_  femmine n. \_\_\_\_\_  
titolo di studio \_\_\_\_\_ professione pre pensionamento \_\_\_\_\_  
provenienza ospite \_\_\_\_\_  
titolare di pensione:  SI  NO categoria \_\_\_\_\_ esenzione ticket:  SI  NO  
invalidita' civile  SI  NO percentuale \_\_\_\_\_  
indennita' di accompagnamento:  SI  NO (allegare verbale visita medica)  
n° tessera sanitaria ATS (ex ASL) \_\_\_\_\_ Medico curante: \_\_\_\_\_  
ambulatorio in via/viale/piazza \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Data di compilazione: \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_  
Firma dell'ospite \_\_\_\_\_

R.S.A. sen. Carlo Perini

## 2. DATI SOGGETTI CHE SOTTOSCRIVERANNO IL CONTRATTO

1) Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ carta d'identità \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Parente (grado) \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore

Comune \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

Data e firma \_\_\_\_\_

2) Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ carta d'identità \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Parente (grado) \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore

Comune \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

Data e firma \_\_\_\_\_

3) Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ carta d'identità \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Parente (grado) \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore

Comune \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

Data e firma \_\_\_\_\_

R.S.A. sen. Carlo Perini

### 3. RETTE MENSILI per gli OSPITI della RSA in vigore dall'1.1.2017

#### RESIDENTI in RHO o VIMODRONE da ALMENO 4 ANNI \*

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETTA PER I PRIMI DUE MESI	RETTA DAL 3° MESE
- camera singola	€ 2.500,00	€ 2.200,00
- camera da due o più letti	€ 2.500,00	€ 2.000,00

#### NON RESIDENTI in RHO

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETTA PER I PRIMI DUE MESI	RETTA DAL 3° MESE
- camera singola	€ 2.500,00	€ 2.300,00
- camera da due o più letti	€ 2.500,00	€ 2.100,00

#### DEPOSITO CAUZIONALE FRUTTIFERO

per gli ospiti ricoverati in camera singola una somma pari a € 1.900,00

per gli ospiti ricoverati in camera da due o più letti una somma pari a € 1.600,00

#### MAGGIORAZIONE O RIDUZIONE RETTA

Per ricoveri o assenze programmate superiori a 3 giorni continuativi verrà operata una riduzione sulla retta nella misura di € 7,00 giornaliero.

Per coloro che richiedono il servizio in camera per il pranzo o per la cena verrà applicato un contributo giornaliero di € 3,00.

Per coloro che desiderano l'installazione di un apparecchio telefonico in camera verrà richiesto un contributo di € 5,00 mensili (oltre a eventuali addebiti per telefonate in uscita).

Firma per accettazione

Firma dell'ospite \_\_\_\_\_

Firma dei soggetti coobbligati 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**\* rette riservate agli ospiti residenti da almeno 4 anni in Rho o Vimodrone alla data dell'ingresso in struttura**

#### **4. DOCUMENTAZIONE da ALLEGARE alla DOMANDA:**

- Certificazione medica;
- Autocertificazione di residenza;
- Compilazione modulistica dati sensibili (allegati);

Fotocopie:

- tessera sanitaria e tesserino esenzione ticket;
- modello Certificazione Unica/730 o idonea certificazione reddituale;
- verbale invalidità e/o accompagnamento;
- carta d'identità (non scaduta);

#### **DATI SANITARI da ALLEGARE alla DOMANDA (in fotocopia):**

a titolo esemplificativo

- principali esami ematochimici e referti diagnostici;
- lettere dimissioni di ricoveri precedenti.

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

**L'Ente non trattiene documentazione sanitaria personale dell'ospite in originale.  
Si prega di consegnare in fotocopia i documenti sanitari richiesti.**



R.S.A. sen. Carlo Perini

**PER IL MEDICO CURANTE**

**5. QUESTIONARIO SANITARIO**

(da compilare in ogni parte e da allegare alla domanda di accoglimento)

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ età: \_\_\_\_\_

Anamnesi Patologica (con particolare riguardo a precedenti ricoveri in Ospedale Psichiatrico)

---

---

---

---

---

---

---

---

LESIONI DA DECUBITO  NO  SI sede e stadio \_\_\_\_\_

ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE  NO  SNG  PEG  Parenterale totale

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA  NO  SI  CPAP  O<sub>2</sub> terapia  Altro \_\_\_\_\_

DIALISI  NO  peritoneale  emodialisi Eseguita presso \_\_\_\_\_

Deambulazione  SI  NO  Carrozzina  Altro \_\_\_\_\_

Cognitività conservata  SI  NO Confusione  SI  NO Agitazione  SI  NO

Terapia in atto: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

ALLERGIE \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_

(Firma e timbro leggibile)



R.S.A. sen. Carlo Perini

## 6. Informativa all'ospite per il trattamento di dati sensibili (Dlgs 196/03)

Gentile Signore/a,

desideriamo informarLa che il testo unico introdotto dal D.lgs 196/03 garantisce la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

In particolare, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato, e previa autorizzazione del Garante qualora prevista.

Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

1. il trattamento che intendiamo effettuare :

- a) riguarda la categoria di dati "sensibili";
- b) ha le seguenti finalità: adempimento obblighi derivanti da leggi o regolamenti in materia di assistenza, igiene, sicurezza, tutela della salute e dell'ordine pubblico;
- c) sarà effettuato da soggetti incaricati, con misure atte a garantire la riservatezza e la sicurezza di custodia dei dati;
- d) i dati saranno comunicati solo nell'ambito di quanto sopra specificato;

2. Il conferimento dei dati è facoltativo e il non conferimento comporta la mancata prosecuzione del rapporto.

3. Titolare del trattamento è la Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS ed è stato nominato il Responsabile.

4. I diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/03 sono esercitati con richiesta senza formalità al Responsabile del trattamento anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo.

*art. 7 – Diritti dell'interessato*

---

### DIRITTI DELL'INTERESSATO

#### Art. 7

*(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)*

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.



R.S.A. sen. Carlo Perini

**TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI**

Espressione del consenso da parte dell'ospite ai sensi della D.lgs 196/03  
Mod A - (compilazione da parte dell'Ospite)

Il sottoscritto ospite della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS .....

**DICHIARA**

di aver ricevuto l'informativa scritta relativa all'art. 13 del D.lgs 196/03 - Diritti dell'interessato - ai sensi dell'art. 7 del decreto medesimo;

**AUTORIZZA**

la Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS, titolare del trattamento, a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali per fini amministrativi connessi all'esercizio delle attività socio-assistenziali della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS;

**AUTORIZZA**

il personale medico della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura ;

**inoltre**

autorizza -  non autorizza

la utilizzazione degli stessi dati a scopo di ricerca scientifica, purchè ne sia assicurata la riservatezza dell'uso;

**CONSENTE**

che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute e alle informazioni che lo riguardano alle sotto indicate persone;

firma .....

Rho, ...../...../.....

Persone che potranno ricevere comunicazioni:

---

---

---

Persone che NON potranno ricevere comunicazioni:

---

---

---





R.S.A. sen. Carlo Perini

## TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Espressione del consenso da parte dell'ospite ai sensi del Dlgs 196/03

Mod B - (compilazione da parte del Medico e della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS)

Il sottoscritto dr. ....

### DICHIARA

1. che all'atto del ricovero presso le strutture della Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS,

il/la Sig./ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche di poter sottoscrivere quanto segue, e il trattamento dei dati che lo/la riguardano si rende necessario ai fini di diagnosi e cura, per quanto previsto dall'art. 24, lettera e) Dlgs 196/03

2. che l'eventuale utilizzazione dei dati suddetti a scopo di ricerca scientifica, presso la Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS, avverrà assicurandone la riservatezza;

firma .....

La Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS, titolare del trattamento dei dati, in riferimento all'ospite sopracitato ed esclusivamente per le attività socio-assistenziali

### DICHIARA

1. che il trattamento dei dati personali avverrà ai sensi del Dlgs 196/03, secondo principi di liceità e correttezza ed in modo da tutelarne la riservatezza;

2. che sarà data comunicazione in ordine allo stato di salute e alle informazioni che lo riguardano alle sottoindicate persone, che sottoscrivono la presente dichiarazione per conoscenza.

FONDAZIONE GIUSEPPE RESTELLI ONLUS

Rho, ...../...../.....

Persone che potranno ricevere comunicazioni:

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

Persone che NON potranno ricevere comunicazioni:

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



FONDAZIONE GIUSEPPE RESTELLI O.N.L.U.S.

Doc 01.01 rev.0 30.09.2017 p.8/8

via Carroccio, 1 20017 RHO (MI) tel. 02 930 20 80 fax 02 935 04 255

C.F. 86503120155 P.IVA 08938040154 www.fondazionerestelli.it info@fondazionerestelli.it