

APSP S. ANTONIO ABATE - TRINO

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA

CASA PROTETTA

(per persone NON Autosufficienti)

Il / la sottoscritto/a.....

nato/a prov.....il.....

residente inprov.....

via..... n..... telefono.....

CHIEDE

di essere ammesso/a presso la Casa Protetta dell'APSP S. Antonio Abate di Trino (VC)

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Scheda Sanitaria compilata dal proprio medico curante
- Stato di famiglia e Residenza in carta libera (autocertificazione)
- Redditi: Mod. CUD / copia del mod. 730 / Unico / Altro

Trino,

IN FEDE

A conferma della domanda presentata per l'ammissione presso la Casa Protetta dell'APSP S. Antonio Abate di Trino da parte del

Sig.....

il sottoscritto

Sig.

residente in.....prov.

via.....tel.

in qualità di(indicare il grado di parentela)

nel caso di accoglimento della domanda

DICHIARA

- 1) Di assumere direttamente a proprio carico l'obbligo nei confronti dell'APSP S. Antonio Abate di Trino relativo al pagamento delle rette mensili dovute alla stessa per l'accoglimento presso il reparto Casa Protetta del

Sig.

SI IMPEGNA

- 2) A pagare alla Tesoreria dell'APSP S. Antonio Abate entro il giorno 10 di ogni mese la retta mensile anticipata, che attualmente ammonta a € giornaliera, o quale potrà essere in futuro quella stabilita dall'Amministrazione con apposito provvedimento deliberativo regolarmente approvato dall'autorità tutoria.
- 3) Ad attivare le pratiche per la "Convenzione" e l'eventuale "Integrazione" della retta da parte dell'ASL competente, nei casi previsti.

RICONOSCE CHE

- 4) Il rapporto con l'APSP di cui alla su estesa domanda, si risolverà espressamente ai sensi dell'art. 1456 C.C., in caso di inadempimento della clausola n. 3) e in particolare in caso di mancato pagamento delle rette mensili di degenza per l'ammontare di tre mensilità anche non consecutive e in tal caso l'ospite verrà dimesso entro trenta giorni dalla comunicazione dell'APSP di volersi avvalere della presente clausola di intervenuta risoluzione di diritto del rapporto

Si precisa che l'assegnazione del posto-letto nella relativa camera è suscettibile di eventuali variazioni secondo le esigenze dell' Amministrazione della Casa Protetta.

In caso di ricovero in ospedale o uscita temporanea del ricoverato, la retta non subirà modificazioni per l'intero primo mese. Sarà ridotta al 50% nel corso dei due mesi successivi decorsi i quali l'ospite potrà essere dimesso con atto deliberativo del Consiglio di Amministrazione, sentita l' equipe di Distretto.

Nel caso in cui l'ospite lasci l' Ente a titolo definitivo la retta si intende dovuta per l'intera decade in cui cade il giorno di uscita.
(Es. se il giorno di uscita cade tra l' 1 e il 10 la retta è dovuta per 10 giorni, tra l' 11 e il 20 è dovuta per 20 giorni, dal 21 è dovuto tutto il mese)

Ai fini della determinazione dell' eventuale quota di integrazione alla retta a carico delle persone tenute agli alimenti, in conformità dell' articolo 433 del Codice Civile che si riporta integralmente:

"All'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti nell'ordine seguente:

- 1) il coniuge;
- 2) i figli legittimi o legittimati e, in loro mancanza, i discendenti prossimi;
- 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi;
- 4) i generi e le nuore;
- 5) il suocero e la suocera;
- 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali."

si indicano: .

Sig.

residente inprov.

via.....tel.

grado di parentela.....

Sig.
residente inprov.
via.....tel.
grado di parentela.....

Sig.
residente inprov.
via.....tel.
grado di parentela.....

FIRMA per accettazione

Documento d' Identità _____

Il/la sottoscritto/adichiara
ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1341 del Codice Civile, di aver preso conoscenza e di
approvare specificatamente le clausole di cui ai numeri 1), 2), 3), 4) 5) riportate nel presente atto.

FIRMA

APSP S. ANTONIO ABATE

Corso Italia, 7 - 13039 TRINO VC
Tel. 0161/801258 (2 linee r.a.)
Fax 0161/801186

Cod. Fisc. e Part. IVA 00337750020

DICHIARAZIONE DI SCELTA FARMACIA - Prescrizioni fascia C

OSPITE SIG. /SIG.RA _____

nato a _____ il _____ attualmente ricoverato presso la
RSA/ CDR dell'APSP S. Antonio Abate di Trino VC Nucleo _____

FAMIGLIARE REFERENTE _____

Nato a _____ il _____ C.I. n. _____

Grado di parentela _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE CURANTE DOTT/ DOTT.SSA _____

FARMACIA PRESCELTA DA OSPITE/FAMIGLIARE REFERENTE:

- | | | |
|---|--------------------|-----------------|
| <input type="radio"/> Farmacia <i>Centrale</i> | C.so Cavour,87 | 13039 TRINO |
| <input type="radio"/> Farmacia <i>Le Grange</i> | C.so Italia, 72 | 13039 TRINO |
| <input type="radio"/> Farmacia <i>Pasquino</i> | C.so italia,7 | 13039 TRINO |
| <input type="radio"/> Farmacia <i>Palazzolo</i> | Via IV Novembre,19 | 13040 PALAZZOLO |

- Per il ritiro delle ricette del Medico Curante (delle quali dovrà essere allegata copia in cartella clinica, e periodicamente consegnate al/alla familiare referente stesso/a) relative ai farmaci di fascia C (non esenti) prescritti dal Medico Curante, e dallo stesso/a riportati nel diario clinico.
- Per la consegna dei suddetti farmaci presso l' APSP S. Antonio Abate nel più breve tempo possibile.
- Alla quale il/la familiare referente si impegna in prima persona a corrispondere nel più breve tempo possibile il pagamento relativo alla fornitura dei farmaci richiesti, rimanendo unico/a debitore nei confronti della farmacia da Lui/Lei prescelta.

Resta inteso che l'Amministrazione dell' APSP è sollevata da ogni responsabilità riguardo alla mancata o ritardata consegna dei farmaci, e da eventuale ritardo o mancato pagamento dei medesimi.

PER ACCETTAZIONE

Trino _____

L'Ospite o il Familiare referente

(FIRMA PER ESTESO)

La Farmacia prescelta

(DATA TIMBRO E FIRMA)




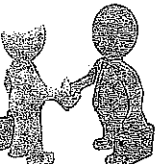
Per presa visione la Responsabile Ufficio assenze e presenze dell'APSP

(DATA TIMBRO E FIRMA)

Il presente documento dovrà essere restituito DEBITAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO DAGLI INTERESSATI (COMPRESA LA FARMACIA), tramite consegna diretta al Responsabile Ufficio assenze e presenze dell'APSP.




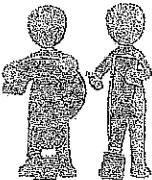
APSP S. ANTONIO ABATE TRINO (VC)

INGRESSO OSPITI IN STRUTTURA
INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

	<p style="text-align: center;">TITOLARE DEL TRATTAMENTO</p> <p>Il Titolare del trattamento è APSP Sant'Antonio Abate - C.F. - P.IVA 00337750020 - con sede legale in Corso Italia, 7 - 13039 Trino (VC) - tel. 0161801258 - economato@apsotrino.it o direzione@apsotrino.it</p>
	<p style="text-align: center;">RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (c.d. DPO)</p> <p>Il DPO nominato è reperibile ai seguenti dati di contatto: presso Labor Service S.r.l. con sede in Novara, via Righi n. 29, telefono: 0321.1814220, e-mail: privacy@labor-service.it</p>
	<p style="text-align: center;">FINALITÀ E BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO</p> <p>Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 GDPR), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, è finalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none">• All'erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso e, in particolare, alla registrazione dell'ospite, all'assistenza sanitaria, e quindi alla diagnosi, cura o terapia, alla prenotazione e refertazione di esami clinici o visite specialistiche, alla gestione amministrativa ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge. <p>Le basi giuridiche che legittimano tali trattamenti sono individuate:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nell'esecuzione del contratto di ospitalità di cui l'interessato è parte (dell'art. 6, paragrafo 1, lett. b) GDPR);• Negli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare (dell'art. 6, paragrafo 1, lett. c) GDPR);• Nelle finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali («finalità di cura») (art. 9, paragrafo 2, lett. h) GDPR e Provv. del Garante Privacy n. 55 del 7 marzo 2019). <p>Il trattamento di dati personali come foto e filmati degli ospiti è finalizzato alla registrazione di tipo amministrativo dell'ospite, alla documentazione delle attività svolte all'interno della struttura (ad esempio feste, manifestazioni, recite, escursioni, esposizione di cartelloni, laboratori) e alla documentazione delle attività mediche, con riferimento, ad esempio, a lesioni o pratiche di movimentazione. La base giuridica di tale trattamento è il consenso esplicito raccolto mediante apposito modulo.</p>
	<p style="text-align: center;">DESTINATARI DEI DATI</p> <p>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 (ASL di competenza, Ospedali, Cliniche e Laboratori di analisi), ai medici, a società, cooperative di servizi e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), a consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle compagnie assicuratrici. Inoltre, i dati potranno essere comunicati a</p>

APSP S. ANTONIO ABATE

TRINO (VC)

	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, socio-assistenziali e/o educative. Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno e tutori
	TRASFERIMENTO DEI 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.
	PERIODO DI CONSERVAZIONE
	I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del contratto di ospitalità, salvo diversa disposizione di legge.
	NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI
	Il conferimento dei dati personali, con esclusione del solo trattamento dell'immagine, costituisce requisito necessario per la conclusione del contratto. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso al contratto e agli altri adempimenti legali connessi nonché di gestire correttamente le reciproche relazioni.
	DIRITTI DELL'INTERESSATO
	<p>L'interessato può esercitare in qualsiasi momento uno dei seguenti diritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diritto di accesso, cioè 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 (es. finalità del trattamento, categorie di dati personali trattati ecc.); • Diritto di rettifica ossia la possibilità di correggere dati inesatti o richiederne l'integrazione qualora siano incompleti (art. 16 GDPR); • Diritto alla cancellazione nei casi indicati dall'art. 17 GDPR; • Diritto di limitazione di trattamento qualora ricorrano una o più delle ipotesi previste dall'art. 18 GDPR; • Diritto di opposizione, in qualsiasi momento, al trattamento dei dati personali che lo riguardano qualora ricorrano le condizioni indicate dall'art. 21 GDPR; <p>I diritti sopra elencati possono essere esercitati mediante comunicazione al Titolare attraverso i dati di contatto sopra indicati. Inoltre, l'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali: https://www.garanteprivacy.it/modulistica-e-servizi-online/reclamo).</p>

MODULO RACCOLTA CONSENSO OSPITI

(Cognome e nome) L'OSPITE _____

Oppure

PER CONTO DELL'OSPITE

(Cognome e nome) IL CONTRAENTE _____

Indicare grado di parentela o relazione con l'Ospite _____

(Cognome e nome) IL RAPPRESENTANTE LEGALE (Amministratore di sostegno/tutore) _____

APSP S. ANTONIO ABATE
TRINO (VC)

Dichiara di aver compreso le informazioni rivolte agli OSPITI in fase di INGRESSO e, a tal proposito,

PRESTA IL CONSENSO

NON PRESTA IL CONSENSO

Per l'effettuazione di riprese con macchina fotografica, videocamera o altro strumento - nell'ambito delle attività quotidiane o ludiche e in momenti di incontro conviviale previste dal servizio - e la loro comunicazione **all'interno** del servizio stesso (a titolo esemplificativo e non esaustivo: inserite in documentazione interna, fotografie e video consegnati come ricordo delle attività alle famiglie, l'esposizione all'interno della Struttura ecc.).

PRESTA IL CONSENSO

NON PRESTA IL CONSENSO

Affinché il materiale fotografico e video, in forma gratuita, possa essere raccolto, archiviato ed eventualmente diffuso **all'esterno** e per iniziative di promozione aziendale, attraverso emittenti televisive, giornali, radio, siti internet, manifesti, ecc.

Trino e Data

Firma

INOLTRE

Il sottoscritto acconsente che sia data comunicazione, in privata sede, di qualsiasi dato particolare relativo allo stato di salute (ex art. 9 GDPR) alle seguenti persone: _____

Trino e Data

Firma

NOTA BENE: SI PRECISA CHE IL TITOLARE NON È RESPONSABILE DI EVENTUALE DIFFUSIONE DI FOTOGRAFIE E/O VIDEO AD OPERA DI FAMILIARI O LORO RAPPRESENTANTI NON ESPRESSAMENTE AUTORIZZATI DALLA DIREZIONE.