

**I.P.A.B. S. ANTONIO ABATE - TRINO**

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA**

**CASA DI RIPOSO**

(per persone Autosufficienti)

Il / la sottoscritto/a.....

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

residente in .....prov.....

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

Stato civile:

Coniugato/a     Vedovo/a     Celibe/Nubile *(NB. : Barrare solo la casella interessata)*

**CHIEDE**

di essere ammesso/a presso la Casa di Riposo dell' IPAB 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 di Riposo dell'IPAB 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'IPAB S. Antonio Abate di Trino relativo al pagamento delle rette mensili dovute alla stessa per l'accoglimento presso il reparto Casa di Riposo del

Sig. ....

**SI IMPEGNA**

- 2) A pagare alla Tesoreria dell'IPAB S. Antonio Abate entro il giorno 10 di ogni mese la retta mensile anticipata, che attualmente ammonta a € .....giornaliere, 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 l'eventuale integrazione della retta da parte dell'ASL competente, nei casi previsti.

**RICONOSCE CHE**

- 4) Il rapporto con l'IPAB 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'IPAB 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 di Riposo.

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 in .....prov. ....

via.....tel. ....

grado di parentela.....

Sig. ....  
residente in .....prov. ....  
via.....tel. ....  
grado di parentela.....

Sig. ....  
residente in .....prov. ....  
via.....tel. ....  
grado di parentela.....

FIRMA per accettazione

\_\_\_\_\_

Documento d' Identità \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a .....dichiara  
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 tardato 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  
Corso Italia, 7 - 13039 TRINO VC  
Tel. 0161/801258 (2 linee r.a.)  
Fax 0161/801186  
Cod. Fisc. e Part. IVA 00337750020

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

COGNOME E NOME DELL'OSPITE \_\_\_\_\_

L'APSP S.ANTONIO ABATE, P. Iva 00337750020, con sede in Trino (VC), corso Italia n. 7 in persona del legale rappresentante *pro tempore*, in qualità di Titolare del trattamento (in seguito, "Titolare"), ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation - in seguito "GDPR"), fornisce le seguenti informazioni:

**1. Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è l'APSP S.ANTONIO ABATE TRINO (P. Iva 00337750020) nella persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Trino (VC), corso Italia n. 7, telefono 0161/801258, e-mail: direzione@apsprino.it, pec: apsprino@registerpec.it.

**2. Responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer – c.d. DPO)**

Il DPO nominato è domiciliato presso la società Labor Service s.r.l., via Righi n. 29, Novara (NO), telefono 0321.1814220, e-mail: privacy@labor-service.it, pec: pec@pec.labor-service.it

**3. Finalità e basi giuridiche del trattamento**

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari come quelli relativi alla salute (art. 9 GDPR), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, è finalizzato 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. Saranno inoltre trattati i dati personali dei parenti di riferimento o dell'amministratore di sostegno nominato per la comunicazione necessarie sullo stato di salute dell'ospite (se autorizzati) e per la gestione amministrativa;

Si specifica che 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)
- alla documentazione delle attività mediche, con riferimento, ad esempio, a lesioni o pratiche di movimentazione.

I trattamenti dei dati personali hanno, quali basi giuridiche, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lett. b) e c) GDPR, l'esecuzione del contratto di ospitalità di cui l'interessato (ospite/parenti/amministratore di sostegno) è parte ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

Inoltre, per il solo trattamento dell'immagine al fine di documentare l'attività svolta quando non vi è una finalità medica la base giuridica è il consenso (art. 6, paragrafo 1, lett. a) GDPR).

Si specifica che i dati particolari relativi alla salute possono essere trattati dal Titolare senza il consenso dell'interessato, in quanto il loro trattamento è necessario per diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri (art. 9, par. 2, lett. h) GDPR) come anche indicato nel Provvedimento del Garante Privacy n. 55 del 7 marzo 2019.

#### **4. 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 (ASL di competenza, Ospedali, Cliniche e Laboratori di analisi), ai medici, a società 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 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.

#### **5. 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.

#### **6. Periodo di conservazione**

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e, nello specifico, le cartelle cliniche unitamente ai relativi referti vengono conservate illimitatamente (Circolare del Ministero della Sanità del 19 dicembre 1986 n.900 2/AG454/260), salvo diversa disposizione di legge.

#### **7. 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 (es. finalità del trattamento, categorie di dati personali trattati ecc.) (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 (ad esempio, i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati);
- ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR (ad esempio, è contestata l'esattezza dei dati personali oppure è ritenuto che il trattamento sia illecito);
- chiedere la portabilità dei dati (art. 20 GDPR);
- opporsi al trattamento (art. 21 GDPR);
- revocare il consenso prestato per il trattamento dei dati quali l'immagine, 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: [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it))

8. Il conferimento dei dati personali 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 commerciali.

L'OSPITE (cognome e nome) \_\_\_\_\_

oppure

PER CONTO DELL'OSPITE

IL CONTRAENTE (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Indicare grado di parentela o relazione con l'Ospite \_\_\_\_\_

IL RAPPRESENTANTE LEGALE (cognome e nome) \_\_\_\_\_

**dichiara di aver compreso le suddette informazioni e,**

**PRESTA**

**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, ecc.) e che il materiale fotografico e video, in forma gratuita, possa essere raccolto, archiviato ed eventualmente diffuso all'esterno, compresa l'esposizione all'interno della Struttura e per iniziative di formazione, di animazione e promozione aziendale, attraverso emittenti televisive, giornali, radio, siti internet, manifesti, ecc.

**Luogo 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.