

	<b>CENTRO ACCOGLIENZA ANZIANI DELLA FRATERNITA DI MISERICORDIA DI BORGO A MOZZANO</b>	M-DAM – Ed.02
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b>	<b>Pag. 1 di 4</b>

## DOMANDA

Il sottoscritto (Parente, Tutore, Amministratore di sostegno)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

### Recapiti

Tel. fisso \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE

CHE SIA ESAMINATA LA POSSIBILITÀ DI ACCOGLIENZA DELLA SIGNORA/SIG. (grado di parentela \_\_\_\_\_):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente nel comune di \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_

Domiciliato in (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Recapiti Tel. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

NEL CENTRO ACCOGLIENZA ANZIANI DELLA FRATERNITA DI MISERICORDIA DI BORGO A MOZZANO.

DICHIARA CHE LE MOTIVAZIONI CHE LO INDUCONO ALLA SCELTA DEL CENTRO ANZIANI SONO: \_\_\_\_\_

RICHIESTA D'INSERIMENTO DAL \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE E DI ACCETTARE IN OGNI SUA PARTE IL REGOLAMENTO DEL CENTRO ACCOGLIENZA ANZIANI..

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

D'IMPEGNARSI AL MOMENTO DELL'INGRESSO, QUALORA SIANO AVVENUTE MODIFICHE A PRODURRE L'AGGIORNAMENTO DELLA TERAPIA MEDICA / FARMACOLOGICA.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La presente domanda è valida solo alla consegna della stessa e della documentazione di seguito menzionata:

- |   |  |
|---|--|
| 1) Copia di un documento del richiedente                                  | 4) Scheda medica dell'ospite redatta e sottoscritta dal medico |
| 2) Copia di un documento dell'ospite                                      | curante.   |
| 3) Consenso al trattamento dei dati personali (informativa sulla privacy) | 5) Questionario  |

	<b>CENTRO ACCOGLIENZA ANZIANI DELLA FRATERNITA DI MISERICORDIA DI BORGO A MOZZANO</b>	M-DAM – Ed.02
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b>	<b>Pag. 2 di 4</b>

## QUESTIONARIO

### OSPITE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### Situazione Familiare e Abitativa

Coniugato/a; Vedovo/a; Celibe; Nubile;

Vive con Solo/a; Coniuge; Figli; Badante; Altro \_\_\_\_\_

Ha figli: SI; NO

Dove vivono \_\_\_\_\_

La sua abitazione è in condizioni igieniche e di abitabilità generale

Buone; Sufficienti; Insufficienti

Note \_\_\_\_\_

La persona per la quale si fa richiesta di accoglienza è a conoscenza della propria situazione

SI; NO

Ha partecipato alla decisione SI; NO

### Provenienza

Famiglia; Ospedale; Altra RSA; Istituto di riabilitazione;

Altro \_\_\_\_\_

### Situazione economica

Può far fronte al pagamento della retta SI; NO

Se no, ci sono parenti in grado di integrare il reddito: SI, NO

Se sì quali \_\_\_\_\_

Se no allegare eventuale documentazione e impegno da parte del comune di residenza comprovante la partecipazione del medesimo al pagamento delle rette o parte di esse.

Eventuali comunicazioni del richiedente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

	<b>CENTRO ACCOGLIENZA ANZIANI DELLA FRATERNITA DI MISERICORDIA DI BORGO A MOZZANO</b>	M-DAM – Ed.02
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b>	<b>Pag. 3 di 4</b>

### SCHEDA SANITARIA

La compilazione del presente documento è stato eseguito dal dr \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

in qualità di medico Curante o altro da specificare \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente nel comune \_\_\_\_\_

Anamnesi patologica remota

---



---

Anamnesi patologica prossima

---



---

Condizioni generali: Buone ; Discrete ; Scadute

---



---

#### **Altre notizie**

1) Deambulazione Normale; Con appoggio; In carrozzina; Allettato;

2) Ha continenza di feci: Sì No

3) Ha continenza di Urine Sì No; Se no è portatore di catetere \_\_\_\_\_

4) Ha necessita di cure mediche o terapie particolari Si No

5) Ha necessita di cure dietetiche particolari Si No

Se si quali

---

6) Richiede particolare assistenza, cura o sorveglianza Si No

Se si quali

---

7) Presenta sintomi d'intossicazione cronica da alcol Si No

Sostanze stupefacenti Si No.

È fumatore Si No

Presenta o ha presentato alterazione della psiche comprese crisi convulsive o epilettiche Si No

Se sì quali

---

8) È in cura presso un centro di salute mentale Si No

Può vivere in comunità Si No

Presenta o ha presentato malattie infettive cutanee Sifilitica HIV Epatiti.

Quali

---

9) Allergie farmaci Si No.

Specificare Allergie o intolleranze

---

Data \_\_\_\_\_

Firma (timbro) \_\_\_\_\_

Note e integrazioni da riportarsi sul retro.

	<b>CENTRO ACCOGLIENZA ANZIANI DELLA FRATERNITA DI MISERICORDIA DI BORGO A MOZZANO</b>	M-DAM – Ed.02
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b>	<b>Pag. 4 di 4</b>

## Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs. 196/2003)

### Informativa all'ospite e consenso al trattamento dei suoi dati personali

Gentile Ospite,

con il presente documento la informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso la nostra struttura è necessario conoscere i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in struttura formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza nella nostra struttura non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

**Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione non può essere accolta.**

I dati da lei forniti saranno trattati dalla **Fraternita di Misericordia di Borgo a Mozzano** nei locali adibiti all'amministrazione ai servizi di assistenza dell'**RSA "Centro Accoglienza Anziani", sito in Viale S. Francesco, 3 a Borgo a Mozzano (LU)**.

Responsabile del trattamento è il **Governatore** Sig. Gabriele Brunini.

I dati acquisiti saranno inoltre comunicati al Comune di Borgo a Mozzano (o ad altro Comune competente in base alla residenza dell'ospite), all'ASL 2 di Lucca (o ad altra ASL competente in base alla residenza dell'ospite) e alla Regione Toscana per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalle normative vigenti.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali la informiamo che sui suoi dati in ns. possesso può esercitare i seguenti diritti:

*Diritto di accesso ai dati personali*

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, co.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.*

#### Dichiarazione di consenso

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

in relazione alla presente domanda di ammissione e presa visione dell'informativa all'ospite sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma

Inoltre Autorizza il personale del Centro Accoglienza Anziani a svolgere le opportune indagini sulla situazione socio sanitaria per verificare il grado di non auto sufficienza e a reperire e trattare i dati necessari alla pratica.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma