

Data

Dati anagrafici parenti e/o familiari e/o Enti di riferimento:[illegible]

NB: Ogni variazione dei recapiti sopra indicati dovrà essere tempestivamente comunicata ai competenti uffici dell'Ente; in difetto, questa Amministrazione sarà sollevata da ogni responsabilità per caso di impossibilità a contattare il parente di riferimento.

L'impegno al pagamento della retta viene garantito ed è assunto da:

(In caso di assunzione di spesa da parte di persone/Enti diversi da chi presenta la domanda, si prega di allegare impegno firmato).

[illegible]

Che accetta altresì:

- a) eventuali aumenti che potranno essere apportati alle rette;
- b) **il trasferimento/dimissione dell'Ospite qualora lo stato del medesimo non fosse compatibile con le esigenze dell'Istituto**; il trasferimento potrà avvenire, dietro motivata decisione della Direzione, anche all'interno della Struttura, a diverso reparto e/o a diversa camera e/o a diversa tipologia di servizio;
- c) le disposizioni regolamentari in vigore.

Si impegna a non avvalersi (pena le possibili dimissioni d'ufficio dell'Ospite), per eventuali prestazioni di assistenza integrativa, di persone che non abbiano alcun rapporto di parentela con il ricoverato e/o con la sua famiglia e che comunque non siano autorizzate dall'Ente.

Firma

Data _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

fotocopia della carta di identità, tessera sanitaria, verbale riconoscimento di invalidità

PII ISTITUTI UNIFICATI - ONLUS - BELGIOIOSO

QUESTIONARIO MEDICO

(da compilare a cura del Medico Curante)

PER IL RICOVERO DEL SIGNOR/A _____
NATO/A A _____ IL _____ ABITANTE A _____

DIAGNOSI _____

SISTEMA NERVOSO _____

ORIENTAMENTO NEL TEMPO ☐ sì ☐ no

ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO ☐ sì ☐ no

DISTURBI COMPORTAMENTALI _____

ALVO ☐ normale ☐ stipsi ☐ diarrea ☐ incontinenza
fa uso di lassativi ☐ sì ☐ no tipo _____
portatore di colostomia ☐ sì ☐ no

DIURESIS ☐ normale ☐ oliguria ☐ anuria ☐ poliuria ☐ incontinenza
portatore di catetere CH _____ TIPO _____ dal giorno _____
portatore di abbigliamento protettivo _____

ALIMENTAZIONE ☐ autonoma ☐ necessita di assistenza ☐ da imboccare
dieta prima del ricovero _____

RESPIRO ☐ eupnea ☐ dispnea ☐ apnea ☐ presenta fame d'aria

CUORE E SISTEMA CIRCOLATORIO _____

SONNO ☐ notturno ☐ diurno
fa uso di sonniferi ☐ no ☐ sì tipo _____

MOTILITA' deambulazione ☐ normale ☐ difficoltosa ☐ con ausili (_____)
allettamento ☐ sì ☐ no
autonomia nell'uso della toilette ☐ no ☐ sì
capacità di mantenere la posizione seduta ☐ no ☐ sì
cause _____

DISTURBI PRINCIPALI O CONCOMITANTI

☐ demenza lieve ☐ demenza moderata ☐ demenza grave
☐ demenza tipo Alzheimer ☐ crisi epilettiche ☐ tossicodipendenza
☐ abuso etilico ☐ diabete ☐ depressione grave
☐ positività per epatite virale ☐ positività per HIV ☐ ipertensione
☐ piaghe da decubito ☐ positività per VDRL-TPHA ☐ _____
☐ allergie a farmaci e/o alimenti _____
medicazioni _____

ABITUDINI DI VITA

cura di sé ☐ presente ☐ assente
fumo ☐ no ☐ sì alcool ☐ no ☐ sì

COMUNICAZIONE

disturbi linguaggio ☐ no ☐ sì causa _____
disturbi vista ☐ no ☐ sì causa _____
disturbi udito ☐ no ☐ sì causa _____
comunicabilità ☐ normale ☐ scarsa ☐ assente

Il paziente è in grado di provvedere alla propria igiene quotidiana ☐ sì ☐ no

Il Sig./ra _____ non è affetto da malattia infettiva e/o contagiosa.

DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____



Gentile Signore/a,

con la presente desideriamo informarLa che ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016, "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali", attraverso la presentazione della corrente domanda di ammissione, i dati personali da Lei forniti o per la persona di cui Lei esercita potestà parentale/tutela/curatela, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa indicata. La informiamo a tal fine che:

Titolare del trattamento: PII ISTITUTI UNIFICATI ONLUS (di seguito "Ente"), con sede in Belgioioso (PV) Cap.27011 Piazza Mons. Clerici n.6

Finalità del trattamento: gestione della pratica di ammissione, inserimento nella lista d'attesa, scambio di comunicazioni che comporterà la raccolta, registrazione e conservazione dei dati identificativi personali di ospite/utente e familiari e/o Enti di riferimento e dei dati particolari relativi allo stato di salute, all'origine razziale-etnica, abitudini di vita.

Natura del conferimento e base giuridica: i dati personali sono conferiti spontaneamente da parte dell'Interessato ed il loro conferimento ha natura facoltativa; tuttavia, il mancato conferimento di tali dati comporterà l'impossibilità da parte dell'Ente di valutare adeguatamente la richiesta di ammissione e dare esecuzione all'ammissione.

Modalità del trattamento: i dati sono trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici e telematici, ed inseriti in banche dati e archivi cui potranno accedere (e, quindi, venire a conoscenza) solo ed esclusivamente gli addetti espressamente autorizzati dal Titolare. Tali trattamenti saranno svolti attuando adeguate misure di sicurezza tali da garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati nonché l'esattezza, l'aggiornamento e la pertinenza dei dati stessi nel rispetto delle finalità dichiarate. In particolare l'Ente non utilizza procedimenti automatizzati finalizzati alla profilazione degli Interessati.

Durata del trattamento: per quanto concerne i tempi di conservazione, i dati e i documenti che li contengono, saranno conservati per il periodo necessario per adempiere agli obblighi di legge e alle esigenze gestionali e amministrative dell'Ente, in particolare: in caso di non ammissione o rinuncia all'ingresso, per 24 mesi; in caso di ammissione, i dati e la domanda entreranno a far parte della documentazione dell'ospite/utente, per 10 anni dalla cessazione del rapporto di assistenza.

Ambito di comunicazione e diffusione dei dati, destinatari dei dati: i dati saranno consultabili esclusivamente per le finalità indicate sopra dal personale autorizzato dal Titolare e/o soggetti esterni quali ATS, Regione Lombardia. I dati potranno essere comunicati a società e/o persone, sia in Italia sia all'estero, che gestiscono i software (i dati sono caricati su database i cui salvataggi avvengono su cloud in ambito UE). Non è prevista la diffusione dei dati personali se non in forma aggregata, anonima e intellegibile.

Diritti degli interessati: in relazione ai predetti trattamenti, potranno essere da Lei esercitati i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Capo III del Regolamento UE 679/2016, quali:

- ⇒ ottenere la conferma che sia o meno in corso il trattamento di dati che La riguardano e, in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati personali ed ogni altra informazione connessa e prevista dall'art.15;
- ⇒ ottenere la rettifica (art.16), la cancellazione - oblio (art.17), la limitazione di trattamento (art.18). Tali eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate saranno comunicate dal Titolare ai destinatari cui di norma vengono trasmessi i dati (art.19);
- ⇒ ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali che La riguardano e trasmetterli a un altro titolare del trattamento - portabilità dei dati (art.20);
- ⇒ trasformazione in forma anonima o il blocco di dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione dei dati stessi;
- ⇒ opporsi, per motivi connessi alla Sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che La riguardano (art.21);
- ⇒ opporsi a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione (art.22);

Le ricordiamo, inoltre, che Lei, ha diritto di proporre **reclamo** all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali ai sensi dell'art.77 del GDPR; di **revocare** il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca (art.13 lettera c).

MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi a PII ISTITUTI UNIFICATI ONLUS, con sede a Belgioioso (PV) Cap. 27011 in P.zza Mons.Clerici n.6, o telefonando al numero **0382/960445** o mandando un fax al numero **0382/970656** o inviando una e-mail all'indirizzo **info@piubelgioioso.it**.

Identità e dati di contatto:

- **Titolare del trattamento:** PII ISTITUTI UNIFICATI ONLUS, con sede a Belgioioso (PV) Cap. 27011 in P.zza Mons. Clerici n.6;
- **Responsabile Privacy:** Dott. Emilio Vercesi, domiciliato presso la sede principale dell'Ente;
- **Amministratore di sistema:** Dott. Emilio Vercesi, domiciliato presso la sede principale dell'Ente;
- **Referente Ripristino Password:** Sigg.re Colla Caterina e Migliavacca Sara domiciliata presso la sede principale dell'Ente;
- **Responsabile della videosorveglianza:** Dott. Emilio Vercesi, domiciliato presso la sede principale dell'Ente;
- **Responsabile della geolocalizzazione:** Dott. Emilio Vercesi, domiciliato presso la sede principale dell'Ente;
- **Autorizzati al trattamento:** l'elenco è visionabile presso l'ufficio amministrativo di Belgioioso (PV), in P.zza Mons. Clerici n.6.

Belgioioso, 07 aprile 2025

PII ISTITUTI UNIFICATI
F.to (Dr.Ugo Dozzio)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI - ART.7 REGOLAMENTO UE 679/2016

Con riferimento alle finalità dell'informativa di cui sopra, che mi è stata fornita ai sensi del Regolamento UE 679/2016, nella consapevolezza che tali dati sono indispensabili e necessari per stipulare e dare esecuzione alla domanda di ammissione:

☐ **ACCONSENTO**☐ **NON ACCONSENTO**

- **al trattamento dei dati identificativi personali** di ospite/utente e familiari e/o Enti di riferimento finalizzati alla gestione della pratica di ammissione, inserimento nella lista d'attesa, scambio di comunicazioni.

L'Interessato/familiare Luogo e Data Firma leggibile.....

Se l'interessato è inabile alla firma:

Luogo e Data AdS o Tutore/Curatore

☐ **ACCONSENTO**☐ **NON ACCONSENTO**

- **al trattamento dei dati particolari** di ospite/utente (stato di salute, all'origine razziale-etnica, abitudini di vita) finalizzati alla gestione della pratica di ammissione, inserimento nella lista d'attesa, scambio di comunicazioni.

L'Interessato/familiare Luogo e Data Firma leggibile.....

Se l'interessato è inabile alla firma:

Luogo e Data AdS o Tutore/Curatore