

Data

1.

Cognome	[]	Nome	[]
Residente	[]	Prov.	[][] CAP [][][][][]
Via	[]	n°	[][][][][]
Tipo di Parentela	[][][][][][][][][][]	e-mail	_____
Telefono	[][][][]/[][][][][][][][][][]	cell.	[][][]/[][][][][][][][][][]

2.

Cognome	[]	Nome	[]
Residente	[]	Prov.	[][] CAP [][][][][]
Via	[]	n°	[][][][][]
Tipo di Parentela	[][][][][][][][][][]	e-mail	_____
Telefono	[][][][]/[][][][][][][][][][]	cell.	[][][]/[][][][][][][][][][]

3.

Cognome	[]	Nome	[]
Residente	[]	Prov.	[][] CAP [][][][][]
Via	[]	n°	[][][][][]
Tipo di Parentela	[][][][][][][][][][]	e-mail	_____
Telefono	[][][][]/[][][][][][][][][][]	cell.	[][][]/[][][][][][][][][][]

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

Cognome [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Nome [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nato/a a [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] il [] [] / [] [] / [] [] [] []

Residente [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Prov. [] [] CAP [] [] [] []

Via [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] n° [] [] [] [] []

In veste di [] [] [] [] [] [] [] C.F. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Telefono [] [] [] [] / [] [] [] [] [] [] [] [] cell. [] [] [] / [] [] [] [] [] [] [] []

e-mail _____

- 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.

Firma

Data _____

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



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 intelleggibile.

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

MODELLO DOMANDA DI AMMISSIONE IN R.S.A. SCHEDA SANITARIA

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- ☐ Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- ☐ Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- ☐ Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- ☐ Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- ☐ È indipendente

DEAMBULAZIONE

- ☐ Dipendenza rispetto alla locomozione
- ☐ Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- ☐ Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- ☐ Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- ☐ Cammina senza aiuto

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- ☐ Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- ☐ Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- ☐ Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- ☐ Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi
- ☐ Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

IGIENE PERSONALE

- ☐ Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- ☐ Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- ☐ Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- ☐ È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- ☐ È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

ALIMENTAZIONE

- ☐ Deve essere imboccato
- ☐ Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- ☐ Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- ☐ Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- ☐ Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

- ☐ È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- ☐ È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- ☐ Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- ☐ È in grado di pensare chiaramente

IRRITABILITÀ

- ☐ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- ☐ Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- ☐ Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- ☐ Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

- ☐ Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- ☐ Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- ☐ Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- ☐ Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

ALTRE SEGNALEZIONI

- ❖ Incontinenza:
 - ☐ Assente
 - ☐ Solo urinaria
 - ☐ Solo fecale
 - ☐ Doppia
- ❖ Gestione incontinenza:
 - ☐ Presidi assorbenti
 - ☐ Ano artificiale
 - ☐ Catetere
- ❖ Ausili per il movimento:
 - ☐ Bastone/deambulatore
 - ☐ Carrozzina
 - ☐ Nessuno

Il compilatore:

Cognome Nome

in qualità di

Data Firma

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito

☐ M

☐ F

Data di nascita Data di compilazione

LEGENDA

A: assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA

Gravità

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE

A **L** **M** **G** **MG**

Diagnosi:
.....

IPERTENSIONE (si valuta la severità)

A **L** **M** **G** **MG**

Diagnosi:
.....

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

A **L** **M** **G** **MG**

Diagnosi:
.....

APPARATO RESPIRATORIO

A **L** **M** **G** **MG**

Diagnosi:
.....

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)

A **L** **M** **G** **MG**

Diagnosi:
.....

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE

(esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)

A **L** **M** **G** **MG**

Diagnosi:
.....

APPARATO DIGERENTE INFERIORE

(intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)

A**L****M****G****MG**

Diagnosi:

.....

FEGATO**A****L****M****G****MG**

Diagnosi:

.....

RENE**A****L****M****G****MG**

Diagnosi:

.....

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria)**A****L****M****G****MG**

Diagnosi:

.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE
(segnalare anche le ulcere da decubito)**A****L****M****G****MG**

Diagnosi:

.....

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza)**A****L****M****G****MG**

Diagnosi:

.....

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO
(diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)**A****L****M****G****MG**

Diagnosi:

.....

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE
(demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)**A****L****M****G****MG**

Diagnosi:

.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito			Sede: Stadio:
Dialisi			Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria			Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
Alimentazione artificiale			SNG: PEG: Parenterale totale:
Gestione incontinenza			Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
Ausili per il movimento			Bastone e/o deambulatore: Carrozzina:
Protesi			Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
Disorientamento tempo/spazio			Note:
Vagabondaggio			Note:
Agitazione psico-motoria			Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia			Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente			Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci			Specifica:
Allergie ad alimenti			Specifica:

TERAPIA IN ATTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici, ...). Elencare documentazione prodotta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recapito telefonico del Medico

Firma del Medico

.....