

CENTRO DIURNO GINEVRA  c/o Cdr Gasparini	<b>DOMANDA DI INGRESSO</b>		
	Protocollo n° _____ del _____  n° _____ registro lista d'attesa	Data 20.02.2025  Rev. 0	Pagina 1 di 6

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

(nome, cognome e grado di parentela di chi presenta la domanda)

Residente in \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Identificato con documento \_\_\_\_\_

**Chiede che venga ammesso/a presso il centro Diurno**

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sig. \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ nome del coniuge \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Attualmente domiciliato/a \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ professione precedente al pensionamento \_\_\_\_\_

Iniziativa della domanda \_\_\_\_\_

(propria, d'accordo con i familiari, su consiglio di altri, del medico, di un operatore sociale)

Figli o parenti dell'ospite: \_\_\_\_\_

(nome, cognome, residenza, recapiti) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reddito INPS: Cat. \_\_\_\_\_ n° certificato \_\_\_\_\_ Importo mensile \_\_\_\_\_

Cat. \_\_\_\_\_ n° certificato \_\_\_\_\_ Importo mensile \_\_\_\_\_

Reddito INPDAP: \_\_\_\_\_ Importo mensile \_\_\_\_\_

Invalità civile      sì      no      Importo mensile \_\_\_\_\_

(se si allegare fotocopie certificato invalidità)

Assegno accompagnamento: sì      no      Domanda in corso      sì      no

<b>CENTRO DIURNO GINEVRA</b>	<b>DOMANDA DI INGRESSO</b>		<b>Data</b> 20.02.2025	<b>Pagina 2 di</b> 6
	Protocollo n° _____ del _____	n° _____ registro lista d'attesa		

c/o Cdr Gasparini

Giornate previste di presenza: \_\_\_\_\_

Specificare i nominativi e i numeri telefonici a cui far riferimento in caso di necessità:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si informa che in caso di visite mediche e/o ricoveri ospedalieri, sia programmati che di emergenza, l'accompagnamento degli ospiti all'esterno della struttura non può essere effettuato dal personale in servizio della Cdr Gasparini.

Documenti da allegare:

Documento identità valido (in fotocopia)
Codice fiscale
Certificato di invalidità
Documentazione sanitaria
Indicazioni medico curante

Pieve Dugliara, \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

<b>CENTRO DIURNO GINEVRA</b>	<b>DOMANDA DI INGRESSO</b>		
	Protocollo n° _____ del _____	Data 20.02.2025	Pagina 3 di 6
c/o Cdr Gasparini	n° _____ registro lista d'attesa	Rev. 0	

Al momento dell'ingresso deve essere versata la prima mensilità e la cauzione infruttifera, a garanzia di futuri pagamenti di rette e di quant'altro posto a suo carico, pari ad 1 mensilità del servizio richiesto. Il costo giornaliero è riportato sulla tabella allegata e comprende i servizi specificati nella "carta dei servizi".

La retta deve essere pagata mensilmente, entro il giorno 10, presso la Tesoreria dell'Ente, Cassa di Risparmio di Parma & Piacenza, agenzia di Rivergaro (IBAN IT11P0623065440000060069376)

L'Amministrazione tratterà, in caso di dimissioni volontarie dell'ospite o di decesso, la retta giornaliera relativa al periodo di effettiva permanenza in struttura gravata della somma corrispondente alla retta di sette giorni.

Qualora le condizioni psicofisiche dell'ospite che accede al CENTRO DIURNO dovessero subire peggioramenti tali da rendere la sua permanenza incompatibile con le caratteristiche del servizio, l'Ente inviterà la famiglia a rivolgersi al servizio Sociale del Comune di residenza dell'ospite entro quindici giorni affinché inoltri la domanda per ingresso in struttura protetta. Nell'attesa dell'eventuale trasferimento presso una struttura esterna, l'ospite potrà accedere, secondo la lista di attesa, presso la Casa Protetta della CdR Gasparini alle condizioni economiche al momento vigenti.

#### **DISPOSIZIONE PERMANENTE ADDEBITO IN CONTO DELLE RETTE**

Appoggio bancario: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Intestatario del c/c: \_\_\_\_\_

Pieve Dugliara, \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

CENTRO DIURNO GINEVRA	<b>DOMANDA DI INGRESSO</b>		Data 20.02.2025	Pagina 4 di 6
	Protocollo n° _____ del _____			
c/o Cdr Gasparini	n° _____ registro lista d'attesa		Rev. 0	

**PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE**

<b>Anamnesi remota:</b>			
<b>Diagnosi attuale</b>			
HbSAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Coprocultura <input type="checkbox"/>			
<b>Terapia farmacologica in corso</b>			
<b>Farmaco</b>	<b>Orario</b>	<b>Posologia</b>	<b>Dosaggio</b>
<b>Annotazioni aggiuntive</b>			

<b>CENTRO DIURNO GINEVRA</b>	<b>DOMANDA DI INGRESSO</b>		Data <b>20.02.2025</b>	Pagina 5 di 6
	Protocollo n° _____ del _____			
c/o Cdr Gasparini	n° _____ registro lista d'attesa		Rev. 0	

**PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE**

<b>MEDICAZIONI</b>	
Non necessarie	
Per ulcerazioni e distrofie cutanee	
Per catetere a permanenza o stomia	
Per ulcere da decubito	
<b>NECESSITA DI PRESTAZIONI SANITARIE</b>	
Buona salute	
Necessita di prestazioni sanitarie (non continuative)	
Necessita di prestazioni esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica)	
Necessita di prestazioni sanitarie continuative (terapie ev, cure mediche o infermieristiche quotidiane ecc)	
<b>CONTROLLO SFINTERICO</b>	
Presente	
Incontinenza urinaria o fecale episodica	
Incontinenza urinaria o fecale permanente	
Incontinenza totale	
<b>DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI</b>	
Assenti	
Disturbi cognitivi e/o comportamentali	
Disturbi cognitivi (non gestisce i propri compiti e necessità ma non presenta gravi e costanti BPSD)	
Frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e altri)	
<b>FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE</b>	
Comprende e si esprime normalmente	
Linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero	
Comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il suo pensiero	
Non comprende, non si esprime	
<b>DEFICIT SENSORIALE</b>	
normale	
Deficit correggibile colo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	
Grave deficit non correggibile	
Cecità e/o sordità completa	
<b>MOBILITA'</b>	
Cammina autonomamente senza aiuto	
Cammina con ausili e con aiuto programmato o saltuario	
Si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con sedia a ruote	
Totalmente dipendente per le alzate e le mobilizzazioni	
<b>ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA</b>	
Totalmente indipendente	
Aiuto programmato o saltuario	
Aiuto quotidiano necessario ma parziale	
Totalmente dipendente	

**Timbro e firma del medico curante**

CENTRO DIURNO GINEVRA	<b>DOMANDA DI INGRESSO</b>		Data 20.02.2025	Pagina 6 di 6
	Protocollo n° _____ del _____			
c/o Cdr Gasparini	n° _____ registro lista d'attesa		Rev. 0	

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, i sottoscritti dichiarano di aver compiutamente ricevuto notizie ed informazioni in materia di protezione dei dati personali, sulle modalità e finalità dell'utilizzazione dei dati sensibili prestando ai delegati ampio consenso al trattamento degli stessi.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Garanzia**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

**dichiaro**

di garantire tutti gli obblighi verso l'Ente, CdR Gasparini assunti dal Sig. /ra \_\_\_\_\_  
con la sottoscrizione della domanda in data \_\_\_\_\_ e mi impegno, a semplice richiesta della Direzione, a provvedere personalmente al pagamento di quanto dovuto.

Pieve Dugliara, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

I sottoscritti dichiarano che la presente ammissione è richiesta nell'ambito della struttura "Casa di Riposo" in ragione di ciò, essendo l'ospite autosufficiente, esentano espressamente da qualsivoglia responsabilità gli amministratori ed il personale dipendente della Casa di Riposo Giuseppe Gasparini per eventuali sinistri e danni a terzi che dovessero verificarsi al di fuori della stessa casa di riposo.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA OSPITI E REFERENTI

Gentile utente/paziente,

la **Casa di Riposo G. Gasparini**, in qualità di Titolare del trattamento, con la presente Le fornisce, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679-le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali (o del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale), compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, effettuato in occasione dell'erogazione, da parte dei distinti reparti e in tempi diversi, delle prestazioni sanitarie richiesteci.

### **Idoneità del Titolare del trattamento e del Responsabile della protezione dei dati**

Titolare del trattamento è la **Casa di Riposo G. Gasparini** con sede legale ed operativa in Loc. Pieve Dugliara, n.68/A – Rivergaro (PC).

Responsabile della Protezione Dati, designato ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16, è l'ing. Alessandra Romani, contattabile all'indirizzo mail [alessandra.romani@asiaservizi.it](mailto:alessandra.romani@asiaservizi.it)

### **Finalità del trattamento**

I suoi dati personali saranno trattati, nel rispetto dei principi di indispensabilità, pertinenza e non eccedenza, esclusivamente per le seguenti finalità:

1. Erogazione di prestazione di diagnosi, cura e riabilitazione, sia in regime ambulatoriale che si ricovero, nonché espletamento di tutte le attività amministrative e gestionali strettamente correlate alle stesse;
2. Gestione amministrativa delle prestazioni sanitarie erogate;
3. Casi di emergenza sanitaria o rientrate tra gli altri casi quali l'impossibilità fisica, l'incapacità di agire o l'incapacità di intendere e volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal Responsabile della Struttura presso cui Lei dimora. In questi casi, come nell'ipotesi di rischio grave, imminente ed irreparabile per la Sua salute o incolumità fisica, di prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia, il "codice" consente il trattamento dei dati personali con somministrazione dell'informativa ed acquisizione del consenso anche successivamente alla prestazione, senza ritardo;
4. Utilizzo da parte Sua di tutti i servizi complementari richiesti, che fanno parte del contratto e dell'incarico che ci viene affidato in relazione della sua presenza quale ospite della Casa di Riposo;
5. Adempimento di ogni obbligo previsti da leggi, regolamenti e normative sia in ambito fiscale, sanitario, ecc. in relazione alla Sua presenza quale ospite della Casa di Riposo;
6. Disamina della domanda di ammissione al fine di utilizzare da parte sua in tutto od in parte i servizi della Casa di Riposo

### **Base giuridica del Trattamento**

Il trattamento per le finalità di cui al punto 1 si fonda sul consenso il trattamento per le finalità di cui ai punti 2,3,4,5,6 sono fondati sugli obblighi legali cui è soggetto il Titolare o sulla necessità di perseguire interessi pubblici nel settore della sanità pubblica

### **Modalità del trattamento**

I Suoi dati verranno trattati sia su un supporto cartaceo che con l'utilizzo di strumenti informatici, previa adozione di tutte le necessarie e idonee misure di sicurezza, di tipo organizzativo, logico e fisico, finalizzate a garantirne la massima riservatezza e sicurezza.

### **Tempi di conservazione**

I dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate saranno conservati per il tempo previsto dalla normativa vigente in materia sanitaria, ed in ogni caso per il tempo necessario a garantire, coerentemente con i termini di prescrizione ordinaria previsti dalla legge, il diritto del Titolare di agire o resistere in giudizio, ed il dovere del titolare di assolvere ad obblighi imposti da norme di legge

### **Natura del conferimento**

Il conferimento dei Suoi dati personali è indispensabile per poter fornire le prestazioni sanitarie richieste. Pertanto, il mancato consenso al loro trattamento per le finalità di cui ai precedenti punti 1 e 3 comporta, con l'eccezione delle situazioni di emergenza, la nostra impossibilità di erogarle.

### **Ambito di comunicazione e diffusione**

Ai suoi dati personali potranno accedere tutti coloro che a vario titolo prestano servizio presso la CASA DI RIPOSO G. GASPARINI, nella loro qualità di responsabile e/o incaricato del trattamento, nei limiti dei rispettivi ambiti del trattamento e dei relativi profili di autorizzazione.

I Suoi dati personali potranno, inoltre, essere comunicati a soggetti terzi, sia pubblici che privati, esclusivamente quando ciò sia previsto da una specifica norma di legge o regolamento.

I Suoi dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, non saranno mai oggetto di diffusione.

### **Trattamento dei dati personali effettuato mediante il dossier sanitario**

Al fine di migliorare il Suo processo di cura, la CASA DI RIPOCO G. GASPARINI, intende costituire- attraverso la condivisione informatica dei dati e dei documenti clinici relativi alle prestazioni diagnostiche, ambulatoriali e di ricovero, che Le abbiamo fornito nel corso del tempo- il Suo dossier sanitario in grado di documentare parte della Sua storia clinica.

L'utilità della costituzione del Suo dossier sanitario consiste nel rendere disponibile ai professionisti sanitari che operano nei diversi reparti della Struttura, un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che La riguardano, la cui conoscenza può contribuire a migliorare i processi di diagnosi, cura e riabilitazione.



Al fine di consentirle di poter esprimere uno specifico, autonomo e libero consenso alla costituzione e all'utilizzo del Suo dossier sanitario, Le forniamo le seguenti ulteriori informazioni:

- Il consenso alla costituzione del proprio dossier sanitario è facoltativo e, una volta manifestato, può essere revocato in qualsiasi momento. Il mancato consenso, o la successiva revoca, non avranno conseguenze negative sulla possibilità da parte Sua di poter usufruire delle prestazioni sanitarie che ci ha richiesto;
- In caso di mancato consenso alla costituzione del dossier sanitario, o della sua successiva revoca, i Suoi dati personali rimarranno disponibili solamente ai professionisti sanitari del rapporto che li ha prodotti e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non saranno visibili da parte dei professionisti degli altri reparti;
- Il Suo dossier sanitario potrà essere consultato, a seguito del Suo consenso, dai professionisti sanitari che operano all'interno dei diversi reparti della Struttura, nel momento in cui La prenderemo in cura e solo per il periodo di tempo legato alla durata della stessa;
- Il Suo dossier sanitario potrà essere consultato anche senza il Suo consenso, ma nel rispetto dell'autorizzazione generale del Garante privacy, qualora ciò sia ritenuto indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività;
- Fermo restando l'indubbia utilità per i professionisti sanitari che l'avranno in cura di poter consultare il Suo dossier sanitario il più possibile completo, Lei ha comunque il diritto di far oscurare in esso alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici, senza che tale Sua libera scelta abbia conseguenze negative sulla possibilità di poter usufruire delle prestazioni sanitarie richieste. L'eventuale oscuramento dell'evento clinico, revocabile nel tempo, avverrà con modalità tali da non consentire ai professionisti sanitari che l'avranno in cura. Di venire a conoscenza di tale Sua richiesta;
- L'inserimento nel Suo dossier sanitario anche dei dati e dei documenti relativi ad eventi clinici avvenuti prima della costituzione dello stesso, avverrà solo sulla base di un Suo specifico ed ulteriore consenso;
- I dati e i documenti riguardanti prestazioni sanitarie rese a soggetti per i quali la legge dispone una maggior tutela dell'anonimato – quali quelle rese a persone HIV sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool; a donne che si sottopongono ad interruzione volontaria della gravidanza o che scelgono di partorire in anonimato ovvero a quelle rese in occasione di atti di violenza sessuale o di pedofilia o da parte di consultori familiari – non saranno accessibili mediante dossier sanitario

### **Diritti dell'utente/paziente**

Nella Sua qualità di Interessato, Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dal Regolamento, quali ad esempio accedere ai Suoi dati personali, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco nei casi di trattamento in violazione di legge, nonché opporsi in tutto o in parte al loro trattamento per motivi legittimi, chiederne la portabilità.

Con riferimento al trattamento dei Suoi dati personali effettuato mediante il dossier sanitario Lei può conoscere quali siano stati gli accessi al Suo dossier sanitario.

Per esercitare i suoi menzionati diritti, ivi compresi quelli relativi al dossier sanitario, potrà proporre istanza al Titolare del trattamento al seguente indirizzo mail: [info@cdrgasparini.it](mailto:info@cdrgasparini.it) oppure al Responsabile Protezione Dati al seguente indirizzo mail: [alessandra.romani@asiaservizi.it](mailto:alessandra.romani@asiaservizi.it)

### **Reclamo**

Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

### **Trasferimento dei dati**

Il Titolare del trattamento non trasferisce i dati personali in paesi terzi o a organizzazioni internazionali.

Tuttavia, si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud; nel qual caso, i fornitori saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR 679/16

### **Processi decisionali automatizzati**

Il Titolare non effettua trattamenti che consistano in processi decisionali automatizzati sui dati dei clienti persone fisiche, o delle persone fisiche che operano in nome e per conto dei clienti persone giuridiche.

## **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Garante/Referente/Amministratore di sostegno dell'Ospite \_\_\_\_\_. In relazione all'Informativa che avete fornito, esprime il consenso previsto dal D.Lgs. 196/2003 e del Reg. UE 679/2016 in relazione al trattamento dei dati personali da parte della Vostra società per le finalità connesse o strumentali al rapporto contrattuale, nonché il consenso alla comunicazione e alla diffusione dei dati ai soggetti elencati nell'informativa

### **Si presta inoltre il proprio consenso:**

-per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

- SI
- NO

-per la comunicazione dei dati indicati nell'informativa a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate

- SI
- NO

-per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa

- SI
- NO

-per la realizzazione di fotografia, video o altri materiali audiovisivi contenenti la mia immagine, il nome e/o voce, all'interno delle attività di animazione avvenute durante la permanenza presso la Casa di Riposo G. Gasparini, e la successiva pubblicazione dei suddetti materiali sul sito Internet dell'Istituto all'indirizzo [www.casadriposogasparini.it](http://www.casadriposogasparini.it) o sulle pagine Social

- SI
- NO

Si esprime altresì il proprio impegno a comunicare tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in Vostro possesso.

I sottoscritti confermano di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato

L'ospite:

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Garante e/o Persona di riferimento:

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





