



**FONDAZIONE ISTITUZIONI RIUNITE**

Residenza Sanitario Assistenziale – Scuola Materna

## DOMANDA DI INGRESSO

PRESSO

LA RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE

SIG. ....



Piazza Marconi, 2 27035 MEDE (PV)  
Codice fiscale 82001450186 Partita Iva 01505250181 Tel. 0384/820290 Fax 0384/805283  
E-mail [uffici@irmede.it](mailto:uffici@irmede.it) – PEC [ir.mede@pec](mailto:ir.mede@pec).



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

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rec. telefonici \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_

del Sig. \_\_\_\_\_

## **PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA**

***Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'Ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo***

### **DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE:**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

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

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ N. figli \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Attività lavorativa svolta \_\_\_\_\_

### **Dati relativi alla richiesta di ammissione dell'ospite**

- Provenienza dell'ospite: casa NO SI
- beneficiario di buono socio-sanitario NO SI
- beneficiario di ADI/ voucher: NO SI
- ricoverato c/o \_\_\_\_\_
- motivo dell'ingresso in RSA \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI DEL GARANTE INDIVIDUATO PER IL PAGAMENTO

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

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

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

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

## ALTRI REFERENTI DELL'OSPITE DA CONTATTARE

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

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

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

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

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

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

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

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

## Dati relativi alle risorse economiche dell'ospite

Intestatario di indennità di accompagnamento: SI NO

**Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:**

- Necessità di ingresso     urgente     breve termine     lungo termine

**ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRODURRE PER L'INGRESSO NELLA RSA:**

1. fotocopia della Carta di identità
2. fotocopia del Codice fiscale
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda sanitaria allegata

Data \_\_\_\_\_

Firma del sottoscrittore

\_\_\_\_\_

# **MODELLO DI 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.
- E' 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 attendere 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.
- ❑ E' 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 faccia, 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 tagliarsi 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.

## **IRRITABILITA'**

- ❑ 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 SEGNALAZIONI

- ❑ 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 QUALITA' DI \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome 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	GRAVITA'
<i>(barrare la casella che interessa)</i>	

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



<b>OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>FEGATO:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>RENE:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

<b>PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

<b>STATO MENTALE E COMPORIMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi: \_\_\_\_\_

### ALTRI PROBLEMI CLINICI

<b>Descrizione</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Se SI indicare se:</b>
--------------------	-----------	-----------	---------------------------

<b>Lesioni da decubito</b>	NO	SI	Sede: Stadio:
----------------------------	----	----	------------------

<b>Dialisi</b>	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
----------------	----	----	--

<b>Insufficienza respiratoria</b>	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
-----------------------------------	----	----	--

<b>Alimentazione artificiale</b>	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
----------------------------------	----	----	-------------------------------------

<b>Gestione incontinenza</b>	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale: Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
------------------------------	----	----	---

<b>Ausili per il movimento</b>	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
--------------------------------	----	----	--

<b>Protesi</b>	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
----------------	----	----	--

<b>Disorientamento tempo/spazio</b>	NO	SI	Note:
-------------------------------------	----	----	-------

<b>Vagabondaggio</b>	NO	SI	Note:
----------------------	----	----	-------

<b>Agitazione psico-motoria</b>	NO	SI	Note:
---------------------------------	----	----	-------

<b>Inversione ritmo sonno-veglia</b>	NO	SI	Note:
--------------------------------------	----	----	-------

<b>Stato nutrizionale insoddisfacente</b>	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
---	----	----	------------------------

<b>Allergie a farmaci</b>	NO	SI	Specifica:
---------------------------	----	----	------------

<b>Allergie ad alimenti</b>	NO	SI	Specifica:
-----------------------------	----	----	------------

<b>TERAPIA IN ATTO</b>
------------------------

---

---

---

---

<b>DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE</b>
--

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

---

---

---

---

**Recapito telefonico del Medico** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_

**RISERVATO AGLI UFFICI AMMINISTRATIVI**

Domanda pervenuta in data ..... prot. ....

Posto fissato in data .....

Data di entrata effettiva .....

N. di biancheria assegnato .....

Retta giornaliera € ..... X giorni ..... = € .....

Totale del versamento .....

Note : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fondazione Istituzioni Riunite di Mede	<b>Informativa agli Ospiti e Utenti dei Servizi socio-sanitario-assistenziali relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679</b>	Pagina 1 di 2
--	--	------------------

## 1. Introduzione

Egregio Signore/a,

la presente informativa stabilisce i termini e le condizioni relativi al trattamento dei suoi dati personali, conformemente alla normativa vigente. Si prega di leggere attentamente questi termini e condizioni.

La Fondazione Istituzioni Riunite di Mede (in seguito, l'ente) La informa di essere "Titolare del trattamento" ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento UE 679 del 27 aprile 2016 ("Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", in seguito il "Regolamento").

Per trattamento di dati personali, il Regolamento intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, anche se non registrati in una banca di dati, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'elaborazione, la selezione, il blocco, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

## 2. Categorie di dati trattati, base giuridica e finalità del trattamento

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, La informiamo che l'ente tratta le seguenti categorie di suoi dati personali da Lei comunicati:

- a) dati anagrafici (ad esempio, nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, dati di contatto).
- b) dati relativi alla salute.

I dati di cui sopra sono trattati come requisito essenziale per l'esecuzione del contratto con Lei intercorrente ("base giuridica del trattamento"), con le seguenti finalità:

- Contrattualizzazione dei servizi;
- Gestione adempimenti contabili;
- Erogazione dei servizi socio-sanitario-assistenziali;
- Rendicontazione ad ATS relativa a servizi socio-sanitario-assistenziali;
- Gestione del protocollo corrispondenza.

La comunicazione, da parte Sua, di tali dati personali è un requisito necessario per la conclusione di un contratto. L'eventuale rifiuto a conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva all'esecuzione del contratto con Lei intercorrente;

- c) immagini diverse (fotografie, file video e fotografici), riprese in relazione alle attività dell'ente (per esempio per attività di animazione), per le quali è richiesto il suo consenso.

## 3. Dati di contatto

L'identità ed i dati di contatto del "Titolare del trattamento" sono i seguenti:

<b>Dati di contatto del Titolare del trattamento</b>			
Indirizzo: Fondazione Istituzioni Riunite di Mede, Piazza Marconi, 2 - 27035 Mede (PV)	Telefono: +39.0384.820290	Posta elettronica certificata: <a href="mailto:ir.mede@pec.it">ir.mede@pec.it</a>	Posta elettronica ordinaria: <a href="mailto:privacy@irmede.it">privacy@irmede.it</a>

La Fondazione ha inoltre provveduto, ottemperando all'articolo 37 del "Regolamento", a designare il "Responsabile della Protezione dei Dati", affidandogli i seguenti compiti principali:

- a) informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal "Regolamento" nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati;
- b) sorvegliare l'osservanza del "Regolamento" e, in generale, della normativa vigente.

I dati di contatto del "Responsabile della Protezione dei Dati" sono i seguenti:

<b>Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati ("DPO")</b>			
Indirizzo: Fondazione Istituzioni Riunite di Mede, Piazza Marconi, 2 - 27035 Mede (PV)	Telefono: +39.0384.820290	Posta elettronica certificata: <a href="mailto:ir.mede@pec.it">ir.mede@pec.it</a>	Posta elettronica ordinaria: <a href="mailto:privacy@irmede.it">privacy@irmede.it</a>

Fondazione Istituzioni Riunite di Mede	<b>Informativa agli Ospiti e Utenti dei Servizi socio-sanitario-assistenziali relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679</b>	Pagina 2 di 2
--	--	------------------

#### 4. Destinatari dei Suoi dati personali

I Suoi dati di cui sopra sono stati o saranno comunicati, esclusivamente per esigenze tecniche ed operative strettamente collegate alle finalità sopra enunciate, alle seguenti categorie di destinatari:

- A Strutture sanitarie esterne (per ricoveri, visite, esami specialistici);
- Alle Pubbliche Amministrazioni, che richiedono informazioni all'Azienda in ottemperanza ad obblighi di legge;
- Alla ATS di Pavia, in ottemperanza ad obblighi normativi;
- Agli Istituti bancari e finanziari che intrattengono rapporti con l'Azienda;
- Alle Società di servizi, per la realizzazione delle finalità di gestione del rapporto;
- Alle Società assicurative;
- Al Revisore contabile;
- All'Organismo di Vigilanza;
- Al Responsabile per la Protezione dei Dati;
- Ai Legali, consulenti del lavoro, contabili e consulenti esterni.

#### 5. Periodo di conservazione dei dati

Il periodo di conservazione dei dati è illimitato (circolare Min. Sanità n.900 2/AG454/260 del 19.12.1986).

#### 6. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere (b) e (d), 15, 18, 19 e 21 del Regolamento, La informiamo che:

- Lei ha il diritto di chiedere all'ente l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento, o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- Lei ha il diritto di revocare il suo consenso in qualsiasi momento, mediante semplice comunicazione scritta agli Uffici;
- Lei ha il diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito internet ufficiale [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it);

Le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su Sua richiesta – salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato – saranno comunicate dall'ente a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. L'ente potrà comunicare i nominativi di tali destinatari qualora Ella lo richieda.

L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito. Unicamente nel caso in cui la richiesta fosse manifestamente infondata o eccessiva, l'ente potrà addebitare un contributo spese oppure rifiutare di soddisfare la richiesta.

Per esercitare i suoi diritti, Lei potrà inviare in qualsiasi momento:

- una raccomandata a.r. a: Fondazione Istituzioni Riunite di Mede, Piazza Marconi 2, 27035 Mede (PV);
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica ordinaria [privacy@irmede.it](mailto:privacy@irmede.it);
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica certificata [ir.mede@pec.it](mailto:ir.mede@pec.it).

Mede (PV), 25 maggio 2018

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di (se diverso dall'Ospite o Utente):

Familiare (specificare grado di parentela) .....  
 Amministratore di Sostegno  
 Tutore  
 Altro (specificare).....

dell'Ospite o Utente: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

**Firma per ricevuta della presente informativa:** \_\_\_\_\_

**Firma per il consenso al trattamento dei dati di cui al punto 2, lettera c) (immagini):** \_\_\_\_\_

Fondazione Istituzioni Riunite di Mede	<b>Informativa ai sottoscrittori di contratti per Servizi socio-sanitario-assistenziali relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679</b>	Pagina 1 di 2
--	--	------------------

## 1. Introduzione

Egregio Signore/a,

la presente informativa stabilisce i termini e le condizioni relativi al trattamento dei suoi dati personali, conformemente alla normativa vigente. Si prega di leggere attentamente questi termini e condizioni.

La Fondazione Istituzioni Riunite di Mede (in seguito, l'ente) La informa di essere "Titolare del trattamento" ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento UE 679 del 27 aprile 2016 ("Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", in seguito il "Regolamento").

Per trattamento di dati personali, il Regolamento intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, anche se non registrati in una banca di dati, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'elaborazione, la selezione, il blocco, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

## 2. Categorie di dati trattati, base giuridica e finalità del trattamento

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, La informiamo che l'ente tratta le seguenti categorie di suoi dati personali da Lei comunicati:

- a) dati anagrafici (ad esempio, nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, dati di contatto).

I dati di cui sopra sono trattati come requisito essenziale per l'esecuzione del contratto con Lei intercorrente ("base giuridica del trattamento"), con le seguenti finalità:

- Contrattualizzazione dei servizi;
- Gestione adempimenti contabili;
- Erogazione dei servizi socio-sanitario-assistenziali;
- Rendicontazione ad ATS relativa a servizi socio-sanitario-assistenziali;
- Gestione del protocollo corrispondenza.

La comunicazione, da parte Sua, di tali dati personali è un requisito necessario per la conclusione di un contratto. L'eventuale rifiuto a conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva all'esecuzione del contratto con Lei intercorrente;

- b) immagini diverse (fotografie, file video e fotografici), riprese in relazione alle attività dell'ente (per esempio per attività di animazione), per le quali è richiesto il suo consenso.

## 3. Dati di contatto

L'identità ed i dati di contatto del "Titolare del trattamento" sono i seguenti:

<b>Dati di contatto del Titolare del trattamento</b>			
Indirizzo: Fondazione Istituzioni Riunite di Mede, Piazza Marconi, 2 - 27035 Mede (PV)	Telefono: +39.0384.820290	Posta elettronica certificata: <a href="mailto:ir.mede@pec.it">ir.mede@pec.it</a>	Posta elettronica ordinaria: <a href="mailto:privacy@irmede.it">privacy@irmede.it</a>

La Fondazione ha inoltre provveduto, ottemperando all'articolo 37 del "Regolamento", a designare il "Responsabile della Protezione dei Dati", affidandogli i seguenti compiti principali:

- a) informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal "Regolamento" nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati;
- b) sorvegliare l'osservanza del "Regolamento" e, in generale, della normativa vigente.

I dati di contatto del "Responsabile della Protezione dei Dati" sono i seguenti:

<b>Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati ("DPO")</b>			
Indirizzo: Fondazione Istituzioni Riunite di Mede, Piazza Marconi, 2 - 27035 Mede (PV)	Telefono: +39.0384.820290	Posta elettronica certificata: <a href="mailto:ir.mede@pec.it">ir.mede@pec.it</a>	Posta elettronica ordinaria: <a href="mailto:privacy@irmede.it">privacy@irmede.it</a>

Fondazione Istituzioni Riunite di Mede	<b>Informativa ai sottoscrittori di contratti per Servizi socio-sanitario-assistenziali relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679</b>	Pagina 2 di 2
--	--	------------------

#### 4. Destinatari dei Suoi dati personali

I Suoi dati di cui sopra sono stati o saranno comunicati, esclusivamente per esigenze tecniche ed operative strettamente collegate alle finalità sopra enunciate, alle seguenti categorie di destinatari:

- A Strutture sanitarie esterne (per ricoveri, visite, esami specialistici);
- Alle Pubbliche Amministrazioni, che richiedono informazioni all'Azienda in ottemperanza ad obblighi di legge;
- Alla ATS di Pavia, in ottemperanza ad obblighi normativi;
- Agli Istituti bancari e finanziari che intrattengono rapporti con l'Azienda;
- Alle Società di servizi, per la realizzazione delle finalità di gestione del rapporto;
- Alle Società assicurative;
- Al Revisore contabile;
- All'Organismo di Vigilanza;
- Al Responsabile per la Protezione dei Dati;
- Ai Legali, consulenti del lavoro, contabili e consulenti esterni.

#### 5. Periodo di conservazione dei dati

Il periodo di conservazione dei dati corrisponde ai termini di prescrizione.

#### 6. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere (b) e (d), 15, 18, 19 e 21 del Regolamento, La informiamo che:

- Lei ha il diritto di chiedere all'ente l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento, o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- Lei ha il diritto di revocare il suo consenso in qualsiasi momento, mediante semplice comunicazione scritta agli Uffici;
- Lei ha il diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito internet ufficiale [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it);

Le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su Sua richiesta – salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato – saranno comunicate dall'ente a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. L'ente potrà comunicareLe i nominativi di tali destinatari qualora Ella lo richieda.

L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito. Unicamente nel caso in cui la richiesta fosse manifestamente infondata o eccessiva, l'ente potrà addebitare un contributo spese oppure rifiutare di soddisfare la richiesta.

Per esercitare i suoi diritti, Lei potrà inviare in qualsiasi momento:

- una raccomandata a.r. a: Fondazione Istituzioni Riunite di Mede, Piazza Marconi 2, 27035 Mede (PV);
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica ordinaria [privacy@irmede.it](mailto:privacy@irmede.it);
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica certificata [ir.mede@pec.it](mailto:ir.mede@pec.it).

Mede (PV), 25 maggio 2018

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di:

Familiare (specificare grado di parentela) .....  
 Amministratore di Sostegno  
 Tutore  
 Altro (specificare).....

dell'Ospite o Utente: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

**Firma per ricevuta della presente informativa:** \_\_\_\_\_

**Firma per il consenso al trattamento dei dati di cui  
al punto 2, lettera b) (immagini):** \_\_\_\_\_