



DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

Il/La sottoscritto/a (familiare referente o assistente sociale del Comune o Amministratore di Sostegno) _____
nella qualità di _____ nato il _____
residente in _____ via _____
tel. _____ cell. _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO PER

Cognome e Nome _____ nata il _____
comune di residenza _____ via _____
titolo di studio _____ professione _____
tessera sanitaria n. _____ inv. Civ. _____ esenzioni _____
Medico Curante _____

CONDIZIONE PSICO-FISICA ATTUALE

A tal fine si impegna a:

1. a comunicare immediatamente eventuali rinunce;
2. ad osservare il "Regolamento della Residenza "Rosa Mistica", del quale ha preso visione e ricevuto copia;
3. al pagamento relativo alla retta di ricovero come definita dalla Residenza;
4. a comunicare, almeno 8 giorni prima la data della dimissione. Nel caso in cui vi sia uscita prima dello scadere del termine di preavviso, dichiara di essere consapevole che verranno comunque addebitate le giornate non fruita.



NOMINATIVI ED INDIRIZZI DI FAMILIARI O CONOSCENTI AI QUALI POTERSI RIVOLGERE IN CASO DI NECESSITÀ

Nominativo	Grado di parentela	Telefono e mail

CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL D.LGS.VO 196/03 E SUCC. MOD. ED INT.

Il/La sottoscritto/a _____

OVVERO

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____ del Sig./Sig.ra _____ fa presente che le condizioni psico-fisiche del/della predetto/a non sono tali da consentire l'informazione diretta per cui, per conto del medesimo,

DICHIARA

- Di aver ricevuto oralmente le informazioni di cui al D.Lgs.vo 196/03 inerenti al trattamento dei dati del sottoscritto/della persona ricoverata;
- Di aver preso atto che il trattamento dei dati raccolti (in formato cartaceo e/o informatizzato) verrà effettuato per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

Conseguentemente

DÀ IL PROPRIO CONSENSO

NON DÀ IL PROPRIO CONSENSO

Al trattamento dei dati (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, aggiornamento, elaborazione ed utilizzo) da parte del personale incaricato dall'Ente ed alla comunicazione degli stessi ad enti pubblici, medici, organismi sanitari, farmacie ed altro, sia nazionale che estero, nel rispetto delle indicazioni fornite dal Codice e dal Garante, con particolare ed espresso riferimento ai dati sensibili di cui all'art. 20 e 22 del D.Lgs.vo 196/03, necessari per la gestione ed il ricovero e della tutela sanitaria. L'interessato potrà esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs.vo 196/03 (tra cui i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento, di opposizione al trattamento e di cancellazione)

Dichiara di prendere atto dell'art. 5 del "Regolamento anagrafico della popolazione residente" D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223, per il quale all'avvenuto trasferimento della dimora abituale dell'Ospite accolto, si procede alla mutazione anagrafica di cui all'art. 10 dello stesso decreto.

Dichiara di impegnarsi a firmare il contratto all'atto dell'accoglimento e di accettare il Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli Ospiti in vigore, del quale ha ricevuto copia.

Data _____

Firma _____



PARTE RISERVATA ALLA RESIDENZA "ROSA MISTICA"

Dall'esame della documentazione sanitaria

Il/La signor/a _____

- PUÒ ESSERE ACCOLTO come non-autosufficiente
- NON PUÒ ESSERE ACCOLTO perché _____
- _____

Data _____

Il Coordinatore dell'Area Assistenziale

DATA INGRESSO _____

NUCLEO _____

STANZA _____

POSTO LETTO N. _____

Il Coordinatore dell'Area Assistenziale _____