



SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO AMMINISTRATIVO	
ACCETTAZIONE DATA E TIMBRO	NOME E COGNOME OPERATORE RICEVENTE
	FIRMA OPERATORE RICEVENTE

DOMANDA UNICA DI AMMISSIONE SERVIZI SOCIO SANITARI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

LA/IL SOTTOSCRITTA/O
(SE DIRETTO INTERESSATO)

OPPURE SE PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

E_MAIL:

IN QUALITÀ DI DELLA SIG.RA/DEL SIG.

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'ACCESSO AI SEGUENTI SERVIZI SOCIO SANITARI:

<input type="checkbox"/> RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO INTEGRATO
<input type="checkbox"/> ALLOGGI PROTETTI	

NEL CASO IL RICHIEDENTE SIA PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO ALL'AMMISSIONE, LA PRESENTE DOMANDA È DA INTENDERSI EFFETTUATA CON IL CONSENSO DI QUEST'ULTIMO.

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA INTERESSATA ALL'AMMISSIONE.

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI E_MAIL:

STATO CIVILE N. FIGLI MASCHI N. FIGLI FEMMINA

TITOLO DI STUDIO.....

CODICE FISCALE

A.T.S. DI APPARTENENZA TESSERA SANITARIA.....

EVENTUALE FIGURA DI PROTEZIONE GIURIDICA (TUTORE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO)*

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

E_MAIL:

CODICE FISCALE

***allegare atto/verbale di nomina dell'Autorità Giudiziaria competente**

REFERENTI DELLA PERSONA DA CONTATTARE

1) COGNOME NOME

GRADO DI PARENTELA CON L'OSPITE:

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

E_MAIL:

CODICE FISCALE

2) COGNOME NOME

GRADO DI PARENTELA CON L'OSPITE:

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

E_MAIL:

CODICE FISCALE

Dati relativi alla richiesta di ammissione

SITUAZIONE ABITATIVA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> VIVE CON ALTRO FAMILIARE/CONVIVENTE |
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO CON BADANTE | <input type="checkbox"/> VIVE CON FAMILIARE/CONVIVENTE E BADANTE |
| <input type="checkbox"/> VIVE CON ALTRE PERSONE NON PARENTI E NON PARTNER | <input type="checkbox"/> INFORMAZIONE NON NOTA |

SITUAZIONE ASSISTENZIALE ALLA DATA DELLA DOMANDA

- A DOMICILIO SENZA ALCUNA ASSISTENZA
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE SAD
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE ADI/VOUCHER SOCIOSANITARIO
- A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIALE DIURNA SEMIRESIDENZIALE
- A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIO SANITARIA DIURNA SEMIRESIDENZIALE
- BENEFICIARIO DI BUONO SOCIO-SANITARIO
- RICOVERATO PRESSO:
- INFORMAZIONE NON NOTA

MOTIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HA PERSO L'AUTONOMIA PSICOFISICA | <input type="checkbox"/> LA FAMIGLIA NON È IN GRADO DI PROVVEDERE |
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> L'ALLOGGIO NON È IDONEO |
| <input type="checkbox"/> DATO NON RILEVATO | <input type="checkbox"/> ALTRO |

Dati relativi all'Invalidità Civile

Invalidità Civile

- NO SI Percentuale invalidità..... Cod. esenzione.....

Intestatarario di indennità di accompagnamento:

- NO SI

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

Situazione Pensionistica: nessuna pensione anzianità/vecchiaia sociale
 speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc) reversibilità
 invalidità due o più tipologie di pensioni

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

- Tipologia: - a tempo determinato (sollevio) per n. mesi
- a tempo indeterminato
- Necessità di ingresso urgente breve termine lungo termine

Elenco dei documenti da allegare al momento della presentazione della domanda di ammissione:

1. relazione assistenziale allegata;
2. relazione sanitaria allegata (compilata a cura del medico curante).

IL SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE DICHIARA **DI AVERE RICEVUTO IN COPIA, PRESO VISIONE E COMPRESO I SEGUENTI**

DOCUMENTI:

- CARTA DEI SERVIZI;
- REGOLAMENTO INTERNO.

Data.....

Firma del Richiedente

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(Da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Cognome e Nome 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 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
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- E' 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

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

Data

Firma

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito M F

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

TERAPIA IN ATTO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Recapito telefonico del Medico

Timbro e Firma del Medico

**INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO UE 2016/679
E DEL D.LGS 2003/196**

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa, che il Regolamento UE 679/2016 “General Data Protection”, (in seguito GDPR), in materia di protezione dei dati personali, recepito dal Governo Italiano, con D.Lgs. n° 101 del 10.08.2018, ha approntato modifiche e abrogazioni, inerenti alcuni aspetti del D.LGS n° 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”. Il GDPR, prevede la tutela al trattamento dei dati dei soggetti interessati, secondo i principi di liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza degli stessi. Una novità del GDPR, è che non viene più utilizzata la locuzione “Dati Sensibili” ma “Dati Particolari” o “Dati soggetti a trattamento speciale”, consistenti nei dati personali idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione ai partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché il trattamento di dati genetici, dati biometrici cioè intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o all’orientamento politico o sessuale della persona – art. 9 GDPR.

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del DGDR, pertanto, La informiamo di quanto segue:

Trattamento dei dati personali e finalità del trattamento:

a) Il trattamento, riguarda sia dati che possono essere definiti “Comuni”, sia dati rientranti nella categoria dei dati “Particolari”, ossia nel caso di specie, dati personali idonei a rivelare il suo stato di salute. Il trattamento dei suoi dati comuni, avviene per le seguenti finalità: adempimento degli obblighi di legge in materia fiscale e contabile, adempimento degli obblighi di natura contrattuale e precontrattuale, gestione dei pagamenti. Il trattamento dei dati funzionali, per l’espletamento di tali finalità, è necessario per l’esecuzione del rapporto contrattuale, tra Lei e l’Ente Gestore “Cooperativa Sociale FAI Pontevecchio S.p.A.” Il conferimento dei “dati comuni”, è obbligatorio per l’effettuazione delle finalità sopra indicate e l’omessa comunicazione degli stessi, comporta l’impossibilità di espletare l’organizzazione del servizio e la gestione del contratto tra Lei e l’Ente Gestore. Il trattamento dei “dati particolari”, ha la finalità di effettuare la valutazione clinica per l’inserimento dell’interessato nell’ Unità d’offerta scelta e per l’espletamento delle procedure di accoglienza, nonché per fornirLe le migliori prestazioni socio-sanitarie assistenziali/educative possibili e infine per l’espletamento degli obblighi di Legge;

b) il trattamento dei dati trattati, riguarda qualunque operazione e/o complesso di operazioni, svolte con l’ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, atti alla raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione dei dati;

c) i dati raccolti che La riguardano, potranno essere comunicati ai Responsabili e incaricati all’interno dell’Organizzazione dell’Ente Gestore ed ai soggetti esterni quali: collaboratori, consulenti, medici specialistici, liberi professionisti nonché a Istituzioni od Organismi pubblici, come i servizi gestionali dell’ATS territorialmente competente e alla Regione Lombardia, esclusivamente per le finalità di assolvimento del debito informativo a cui l’Ente Gestore è tenuto. I dati dell’Interessato non saranno in nessun caso trasferiti in Paesi extra UE;

d) con la sottoscrizione del consenso all’Ente Gestore, la S.V. prende atto, che lo stesso metterà a disposizione nel Suo FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie, che a Lei saranno prestate. La S.V. prende altresì atto, che sia la comunicazione al Suo medico di base dell’evento sanitario che La sta riguardando, sia l’utilizzo dei dati sanitari, tramite il Suo FSE, potranno aver luogo solamente qualora la S.V. abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel “Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS- informativa ex art.76 D.Lgs.196/2003” che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato;

e) le basi giuridiche del trattamento dei suoi dati, sono rappresentate dall’esecuzione di misure precontrattuali (art.6 comma 1 lettera b) del GDPR e contrattuali o da un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6 comma 1 lettera c) del GDPR. Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma in difetto il Titolare non sarà in grado di gestire la Sua richiesta;

f) I dati raccolti che La riguardano, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati (“Principio di limitazione della conservazione” art. 5 GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti, verrà effettuata periodicamente. I dati amministrativi, fiscali e contabili, verranno conservati in applicazione della norma legislativa di riferimento o in mancanza di una norma, verranno conservati per un tempo non inferiore a dieci anni ai sensi dell’art. 2220 c.c.

DIRITTI DELL' INTERESSATO

(artt.15 e ss. del Regolamento UE 679/2016)

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs. 2003/196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il Titolare del trattamento, garantisce, che il trattamento dei dati personali, si svolga secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza, al fine di tutelare i diritti, le libertà fondamentali e la dignità delle persone fisiche. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Ente Gestore Cooperativa Sociale FAI Pontevecchio S.p.A. con sede legale in San Martino Siccomario (Pv), via degli Ontani,2, in persona del Legale Rappresentante Napolitano Margherita, domiciliato a tale riguardo presso la sede legale dell'Ente. Per contattare, in caso di supposta o palese violazione della Privacy, il Titolare del trattamento, è possibile scrivere all'indirizzo mail: faipontevecchio@legalmail.it e/o contattare il numero telefonico 0382/15861. Responsabile della Protezione dei dati (DPO) è il Sig. Filippo Tazzi. Per contattare il Responsabile della Protezione dei dati, è possibile scrivere all'indirizzo mail: direzione.amministrativa@faipontevecchio.com e/o contattare il numero telefonico 0382/15861.

Sussistendone i presupposti, l'Interessato potrà in ogni momento, esercitare i Diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento 679/2016 sotto riportati in forma sintetica:

- i. **Diritto di accesso dell'Interessato** (art. 15 GDPR). Diritto dell'Interessato ad ottenere dal Titolare del trattamento, la conferma, che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenerne l'accesso e di ottenere una copia di tutti i dati personali in possesso dello stesso;
- ii. **Diritto di Rettifica** (art. 16 GDPR). Diritto dell'interessato ad ottenere dal Titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano, senza ingiustificato ritardo. Se i dati forniti sono incompleti, possono essere integrati dall'interessato tramite una dichiarazione integrativa;
- iii. **Diritto alla cancellazione** (art. 17 GDPR). L'interessato, ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento, la cancellazione dei dati personali che lo riguardano, senza ingiustificato ritardo. In questo caso sul Titolare graverà il conseguente obbligo di cancellare tali dati. Non sempre sarà possibile adempiere alla richiesta di cancellazione, ciò nel caso in cui i dati servano all'adempimento di un obbligo di Legge o siano necessari per la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- iv. **Diritto alla limitazione del trattamento** (art 18 GDPR). Diritto dell'interessato ad ottenere una limitazione del trattamento in talune ipotesi: l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati chiedendone la limitazione; i dati personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; l'interessato si è opposto al trattamento, in attesa della prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- v. **Obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento** (art.19 GDPR). Il Titolare del Trattamento, comunica a ciascuno dei destinatari, cui sono stati trasmessi i dati personali, le eventuali rettifiche, cancellazioni, o limitazioni del trattamento effettuate a norma dell'art.16 art.17 e dell'art.18, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il titolare del trattamento comunica all'interessato i destinatari del trattamento qualora l'interessato lo richieda;
- vi. **Diritto di Opposizione** (art.21 GDPR). La possibilità di opporsi al trattamento, va garantito quando la base giuridica è il legittimo interesse o l'esecuzione di un compito di interesse pubblico. Questo diritto ha i suoi limiti, quando prevale l'interesse legittimo del Titolare a quello dell'Interessato, oppure il trattamento è necessario per un compito di interesse pubblico o l'accertamento, la difesa o l'esercizio di un diritto

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI
DEL CANDIDATO BENEFICIARIO DEL SERVIZIO**

Il sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

residente a _____ prov. _____ cap _____

via _____ n° _____

in qualità di OSPITE/BENEFICIARIO

o di FAMILIARE _____ (Indicare grado di familiarità)

TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

dell'Ospite/Beneficiario del servizio

DICHIARA di aver letto e compreso l'informativa sopra riportata e preso atto dei propri diritti, riconoscendo, che i dati relativi allo stato di salute rientrano nel novero dei "dati particolari" art. 9 GDPR

San Martino Siccomario PV, il _____

Firma dell'Interessato o di chi ne fa le veci _____

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI DI ALTRO SOGGETTO TERZO (FAMILIARE, OBBLIGATO
IN SOLIDO, FIGURA DI PROTEZIONE GIURIDICA) CHE PRESENTA LA DOMANDA D'INGRESSO PER IL
CANDIDATO**

Il sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

residente a _____ prov. _____ cap _____

via _____ n° _____

in qualità di OSPITE/BENEFICIARIO

o di FAMILIARE _____ (Indicare grado di familiarità)

TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

dell'Ospite/Beneficiario del servizio

DICHIARA di aver letto e compreso l'informativa sopra riportata e preso atto dei propri diritti, riconoscendo, che i dati relativi allo stato di salute rientrano nel novero dei "dati particolari" art. 9 GDPR

San Martino Siccomario PV, il _____

Firma _____