

Riservato all'Ufficio:	
Autosufficiente	[ ]
Parz Autosufficiente	[ ]
Non Autosufficiente	[ ]

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO SERVIZI PER ANZIANI**

**Generalità del soggetto per cui si chiede il ricovero:**

Nome cognome \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_,  
a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, stato civile \_\_\_\_\_, grado di istruzione \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, codice sanitario \_\_\_\_\_, esenzioni ticket \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

di essere ospitato presso :  
 Casa Laura  
 Villa Margherita  
 Centro Anziani di Via Petrarca

**Dichiara** di essere a conoscenza delle condizioni indicate nel regolamento interno e di accettarle integralmente. In particolare riconosce all'Ente il diritto di:

- variare la retta mensile nel corso del rapporto;
- provvedere al cambiamento dell'alloggio se richiesto per valide ragioni;
- risolvere il rapporto previo avviso di quindici giorni per eventuali particolari gravità commesse dal sottoscritto;
- richiedere il rimborso delle spese extra sostenute per conto del sottoscritto con liquidazione mensile.

**Situazione economica del soggetto di cui si richiede il ricovero:**

- pensione di vecchiaia INPS n. \_\_\_\_\_ (Vo) = €. \_\_\_\_\_
- pensione di invalidità INPS n. \_\_\_\_\_ (Io) = €. \_\_\_\_\_
- pensione di reversibilità INPS n. \_\_\_\_\_ (So) = €. \_\_\_\_\_
- indennità di accompagnamento n. \_\_\_\_\_ (Inda) = €. \_\_\_\_\_
- altre pensioni: \_\_\_\_\_ = €. \_\_\_\_\_
- altri mezzi economici con i quali far fronte al pagamento della retta: \_\_\_\_\_

**Documenti da allegare:**

- certificato medico comprovante l'esenzione da malattie contagiose e, per le persone autosufficienti, di non essere affetto da malattie mentali e di non aver bisogno di assistenza continuativa;
- fotocopia della tessera sanitaria europea;
- fotocopia documento d'identità non scaduto;

Motivo richiesta di ammissione alla Casa di Riposo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indirizzo dei figli (o delle persone di riferimento):**

1. Nome Cognome \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
2. Nome Cognome \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
3. Nome Cognome \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

Di **essere stato** dipendente del Gruppo Marzotto, stabilimento di \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_ con anni \_\_\_\_\_ di servizio prestato.

Di **essere coniuge** di un ex dipendente Marzotto (Nome coniuge: \_\_\_\_\_) che ha lavorato nello stabilimento di \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_ con anni \_\_\_\_\_ di servizio prestato.

Di **non essere stato** dipendente del Gruppo Marzotto. Indicare l'ultima professione svolta: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

n. d'ordine	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	Rapporto con il dichiarante
1				
2				
3				

Valdagno, il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA AI SENSI DELLA DISCIPLINA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI.

Gentile utente,

La presente Informativa viene resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (nel prosieguo, "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

### **1. Finalità e base giuridica del trattamento**

I Suoi dati personali, ivi inclusi quelli relativi allo stato di salute, saranno trattati per le seguenti finalità:

- a) eseguire obblighi derivanti dal contratto di residenzialità oppure rispondere, prima e dopo l'esecuzione del contratto, a Sue specifiche richieste;
- b) adempiere ad obblighi di legge;
- c) eseguire gli adempimenti di natura amministrativa strettamente connessi con la Sua permanenza presso la Struttura (registrazione e comunicazione alla Regione della sua entrata in Struttura, emissione delle fatture, scelta del medico di base, ecc.);
- d) curarLa all'interno della Struttura e gestire eventuali ricoveri in ospedale (circostanza che implica la comunicazione dei dati personali per la registrazione in ospedale e la comunicazione dei dati relativi alle condizioni di salute, comprese le informazioni su eventuali terapie in corso);
- e) svolgere programmi educativi e di socializzazione, anche attraverso l'utilizzo di sistemi audio-visivi (foto, filmati, giornalino, ecc.);
- f) fornire informazioni a terzi sulla Sua presenza presso la Struttura e/o sul Suo stato di salute;
- g) ritirare indagini cliniche (es. referti, esiti di esami ematochimici, radiologici, ecc.);
- h) riscuotere il contributo sociale eventualmente erogato dal Comune e/o il contributo sanitario eventualmente erogato dalla Regione per gli ospiti non autosufficienti in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, come previsto dalla Legge Regionale;
- i) salvo Sue diverse indicazioni, trasmettere i dati personali all'Agenzia delle Entrate;
- j) gestire l'eventuale contenzioso.

Tali trattamenti saranno improntati ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. In relazione alle finalità strettamente connesse con l'adempimento di obblighi contrattuali e normativi, nonché con la gestione dell'eventuale contenzioso, la base giuridica è costituita dalla necessità di trattare i dati personali per i rispettivi scopi. Per il perseguimento delle ulteriori finalità, la Struttura potrà invece trattare i Suoi dati personali solo previo consenso.

### **2. Periodo di conservazione dei dati**

I Suoi Dati personali verranno conservati anche dopo la cessazione del contratto per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi o derivanti dal contratto per il periodo di durata prescritto dalle leggi tempo per tempo vigenti e secondo il termine di prescrizione dei diritti scaturenti dal contratto stesso.

### **3. Natura del conferimento dei dati e conseguenze in caso di rifiuto**

Per la finalità di cui al punto 1, lettere e), il conferimento dei dati è facoltativo e la mancata comunicazione Le impedirà di beneficiare dei relativi servizi, ma non di quelli diversi; per le altre finalità il conferimento dei dati è obbligatorio e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per la Struttura di dare esecuzione al contratto o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti correlati.

### **4. Categorie dei destinatari**

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni, nonché alle seguenti categorie di soggetti esterni:

- Enti pubblici (Regioni, Comune, aziende sanitarie, autorità giudiziaria);
- Medico di base;
- Struttura ospedaliera dove avviene l'eventuale ricovero;
- Eventuale medico specialista, laboratorio diagnostico;
- Farmacie
- Altre case di riposo;
- Istituti bancari o società assicurative, compresi broker assicurativi;
- istituti di credito;
- società di assicurazione del credito;
- società di recupero credito, società di informazioni commerciali, società di factoring, società di consulenza;
- avvocati e consulenti legali.

Tali destinatari, ove dovessero trattare dati per conto della nostra Società, saranno designati come responsabili del trattamento, con apposito contratto od altro atto giuridico.

### **5. Trasferimento dati verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale**

I Suoi dati personali non saranno oggetto/di trasferimento presso Paesi Terzi non europei.

## **6. Diritti degli interessati**

Lei ha il diritto (*vd. artt. 15 -22 del GDPR*) di chiedere alla ns. Società di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, oppure di opporsi al loro trattamento per legittimi interessi perseguiti dalla ns. Società, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto.

Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali.

## **7. Soggetti del trattamento**

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è la Fondazione Marzotto, con sede legale in via G. Marzotto, 3 - 36078 Valdagno (VI) Tel. 0445.423700 Fax 0445.401897.

Le sedi di riferimento per le attività svolte, oltre a quanto attinente alla sede legale, sono:

- Il Centro Servizio Anziani Fondazione Marzotto, con sede in Via Petrarca 1 a Valdagno (VI).
- Il Centro Servizio Anziani "Villa Margherita", con sede in Via G. Marzotto 3 a Valdagno (VI).
- La residenza "Casa Laura", con sede in Via G. Marzotto 3 a Valdagno (VI).
- Il Centro Diurno "La via della lana", con sede in Via Petrarca 1 a Valdagno (VI).
- La Residenza Sanitario-Assistenziale, con sede in Via Lomellina, 52 a Mortara (PV).
- Il Centro Diurno Integrato, con sede in Via Lomellina, 52 a Mortara (PV).

## **8. Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Relativamente ai dati conferiti, l'interessato può contattare il DPO nominato dalla Fondazione Marzotto, inviando apposita istanza scritta al numero di fax 0445 401897 al seguente indirizzo email [dpo@fondazionemarzotto.it](mailto:dpo@fondazionemarzotto.it)

Valdagno, il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Dichiarazione di consenso

### Ipotesi A)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

### Ipotesi B)

Preso atto, in base alla documentazione presentata e/o previa richiesta esplicita all'accompagnatore, che l'interessato non può esprimere e sottoscrivere il proprio consenso al trattamento dei dati per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero:

- Congiunto/Familiare  Tutore  
 Amministratore di sostegno (1)  Responsabile di struttura (2)

(1) In forza del provvedimento n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_.

(2) In caso di assenza di ciascuna delle figure indicate.

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Per ciascuno dei casi suddetti specificare Cognome e Nome leggibile + firma)

Inoltre il sottoscritto \_\_\_\_\_ consegna la documentazione necessaria all'accoglimento nella struttura ed autorizza la **Fondazione Marzotto** al trattamento dei propri dati personali per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

## Dichiarazione di consenso - Dati aggiuntivi

### **c) Autorizzo a fornire informazioni sullo stato di salute**

- a nessuno  a miei familiari  al mio medico curante  
 alle seguenti persone \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **d) Autorizzo ad informare sulla mia presenza in struttura:**

- A chiunque  
 Solamente alla/le seguente/i persone \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **e) Per il ritiro di esami clinici o referti medici**

- Autorizzo  Non Autorizzo | il ritiro di esami clinici o referti medici da parte di un incaricato della Residenza

**f) Per effettuare delle foto/riprese video**

Autorizzo

allo svolgimento di programmi educativi e di socializzazione, anche attraverso l'utilizzo di sistemi audio-visivi, comunicati, per le finalità strettamente strumentali alle iniziative, ai soli soggetti terzi coinvolti nell'iniziativa, quali ad esempio soggetti incaricati delle riprese video o fotografiche, addetti all'elaborazione grafica, all'impaginazione alla stampa, ed eventualmente pubblicati sul sito internet aziendale e social network, nonché su riviste, testi realizzati allo scopo.

Non Autorizzo

La natura del conferimento della sua immagine e delle informazioni personali dati è facoltativa, ma necessaria per la produzione di documenti a testimonianza di iniziative/eventi promosse dalla nostra struttura.

La struttura si impegna a non pregiudicare la dignità personale ed il decoro dei soggetti ripresi.

**g) Per l'invio dei dati all'Agenzia delle Entrate (dati economici delle spese sanitarie e di assistenza specifica sostenute: invio obbligatorio a meno di diniego del contribuente):**

Non Autorizzo

l'invio dei dati di fatturazione tramite flusso telematico all'Agenzia delle Entrate su Sistema Tessera Sanitaria, ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata.

Data \_\_\_\_\_ Per le opzioni ai punti c) d) e) f) g) Firma dell'interessato \_\_\_\_\_