

Allegato A

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA**

All'Ente Gestore della RSA FONDAZIONE BIANCHI ETS, Via Cavour n.32/34 - Toscolano Maderno (BS)

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig/La Sig.ra _____

(Cognome e Nome)

Data di nascita ____ / ____ / ____ Età ____ Luogo di nascita _____ prov.(____)

Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____

residente in _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n° _____ Telefono: _____

e-mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____ prov. (____) CAP _____

via e n° _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome _____ Nome _____

residente in _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n° _____ Telefono: _____

e-mail _____

C H I E D E

I'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.

D I C H I A R A

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

- 1. di non beneficiare/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;**
2. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete sociosanitaria ;
3. di non avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta

ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...):

- di essere amministratore di sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)
- di essere tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina _____)
- di essere curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina: _____)

Luogo e data: _____

FIRMA

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di care-giver

del/la Sig./ra _____

DICHIARA

- o CHE IL/LA SUDETTO/A NON USUFRUISCE DEL SERVIZIO ADI
- o CHE IL/LA SUDETTO/A USUFRUISCE DEL SERVIZIO ADI PER IL SERVIZIO

_____ DAL _____ AL _____

- o CHE IL/LA SUDETTO/A NON USUFRUISCE DI SERVIZI INCOMPATIBILI CON LA MISURA APERTA.

DATA _____

FIRMA _____

Informativa all'interessato sul trattamento dei dati personali RSA MISURA APERTA

Gentile Signora/Egregio Signore,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la **Fondazione Bianchi ETS**, in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personalni (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare") Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari (vale a dire dati idonei a rivelare la vita sessuale, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere della persona) nonché dati relativi alla salute della persona.

1. Titolare del trattamento:

Il Titolare del Trattamento, ai sensi degli artt. 4 e 24 del Regolamento, è la Fondazione Bianchi ETS, nella persona del presidente pro tempore,
e può essere contattato
per posta ordinaria o raccomandata scrivendo a Fondazione Bianchi ETS, Via Cavour 32-34,25088 Toscolano Maderno (BS).
Telefonando al numero 0365/641036
Via fax al numero 0365/541742
Per e-mail: cdrbianchi@fondazionegbbianchi.org
Per pec: fondbianchionlus@pec.intred.it

2. Responsabile della Protezione dei dati (o Data Protection Officer)

Il Responsabile della protezione dei dati, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento, può essere contattato ai seguenti recapiti email:
dpo@fondazionegbbianchi.org

3. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali conferiti che riguardano Lei o la persona su cui esercita la responsabilità, forniti da Lei o da suoi delegati, saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

- assistenza sociosanitaria dell'interessato, erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e comunque al fine primario di tutelare la salute della persona assistita;

La base giuridica del trattamento per le suddette finalità è l'art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR ("necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali").

La base giuridica del trattamento per le suddette finalità è l'art. 9, par. 2, lett. h) del GDPR ("il trattamento è necessario per [...] diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari").

- attività amministrative e contabili in adempimento agli obblighi di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili.

Valutazione, programmazione, gestione e controllo dell'assistenza socio sanitaria, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti;

La base giuridica del trattamento per le finalità suindicate è l'art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR ("necessario per adempiere un obbligo legale").

Per le finalità sanitarie differenti la base giuridica del trattamento è rappresentata dal consenso dell'interessato o di un soggetto legittimato.

- comunicazione delle informazioni relative al Suo stato di salute a **soggetti terzi** (es. familiari o conoscenti) ai quali Lei ci autorizza;

La Fondazione, in particolare, tratterà i dati i sensibili con il consenso dell'interessato. La base giuridica del trattamento dei dati "particolari" è l'art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR.

4. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali

Il conferimento dei suoi dati personali o di quelli della persona che Lei rappresenta sono obbligatori per il raggiungimento delle finalità, sopra indicate. Il loro eventuale mancato conferimento potrebbe rendere impossibile procedere con alcuni trattamenti, come quelli strettamente connessi all'adempimento della prestazione dei servizi da Lei richiesto.

5. Categorie di dati

Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di dati, a titolo esemplificativo, Interessati:

Utente prestazione identificativi dell'interessato (nome e cognome, indirizzo, telefono, cellulare, PEC, e-mail, etc.), dati particolari (es. stato di salute), foto, video, i quali saranno trattati nei limiti ed esclusivamente per il perseguitamento delle finalità sopraindicate.

Caregiver (Familiari o Amministratori di sostegno) identificativi dell'interessato (nome e cognome, indirizzo, telefono, cellulare, PEC, e-mail, etc.).

6. Conservazione dei dati personali

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del Regolamento in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità di cui sopra, per le quali i dati personali sono trattati o per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel Massimario di scarto del "Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia".

Documento	Durata Della Conservazione
Documentazione sanitaria (cartella riabilitativa, cartella sociale, cartella clinica, FASAS, ..)	Illimitata (salvo disposizioni regionali)
Documentazione di natura amministrativa	10 anni salvo sospensione o interruzione art. 2946 cc

7. Modalità e logica del trattamento

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono raccolti presso l'interessato o presso persone diverse dall'interessato, atte comunque a tutelarne gli interessi (parenti e/o coloro i quali esercitano la legale responsabilità sull'interessato), quando lo stesso non è in grado di fornirli personalmente. Il trattamento dei dati, viene eseguito sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

8. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati

I dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolare, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili (art. 28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone autorizzate al trattamento dei dati che agiscono sotto l'autorità del Titolare e/o del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità indicate al punto 1. Precisamente, i dati saranno comunicati a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema ecc...);
- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni);
- Organismi sanitari pubblici e privati, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personalni in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità;
- fornitori di servizi, incaricati dalla Fondazione, a suo supporto, per eseguire attività relative al trattamento dei Suoi dati (laboratori, professionisti, terze strutture pubbliche o private).

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della fondazione. I dati sanitari dell'interessato potranno essere comunicati ai prossimi congiunti dell'utente e/o a terze persone solo se da questi espressamente indicate ovvero solo se colui il quale ha la legale responsabilità sull'utente abbia, preventivamente autorizzato tale comunicazione.

9. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

10. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- l'opposizione al trattamento;
- la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.;

qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione (art. 77 cit.), l'autorità di controllo italiana è il Garante per la protezione dei dati personali.

Per presa visione

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

IL/La sottoscritto/a _____

OPPURE

IL/La sottoscritto/a _____

In qualità di

[] familiare [] convivente [] curatore familiare [] amministratore di sostegno

Dell'ospite _____

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Autorizzo a fornire le informazioni relative allo stato di salute, ai soggetti sotto riportati (es: familiari, parenti).

Nome	Cognome	Grado di parentela	note

ATTENZIONE: i dati verranno comunicati **esclusivamente** ai soggetti sopra elencati, salvo Vs. rettifica scritta.

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo.

Luogo e Data _____ Firma _____