



Prot.

DA INVIARE VIA MAIL A:

ASSISTENZA@OPERAPIAVANNI.IT

DOMANDA DI AMMISSIONE¹

Impruneta,

DATI DELL'UTENTE

Nome Cognome Sesso M F

Nato/a a Prov. il/...../.....

Residente Prov. via.....

Numero telefono Grado di istruzione

Professione

Codice fiscale Tessera Sanitaria

Medico di Medicina Generale

Stato civile:

Coniugato/a Vedovo/a Celibe/Nubile Separato/a Divorziato/a

Pensione tipologia

Attualmente vive:

solo/a con familiare altro.....

Religione:

nessuna cattolica ebraica musulmana
 protestante testimone di Geova altra

CHIEDE DI ESSERE INSERITO COME OSPITE

- Autosufficiente
- Non Autosufficiente di grado più o meno severo
- BIA
- Alzheimer e disturbi cognitivi

¹ La presente domanda ha validità annuale: trascorso tale termine dovrà essere rinnovata. Nulla ricevendo, la domanda verrà automaticamente tolta dalla lista d'attesa di riferimento.



La richiesta di ammissione è per il servizio:

- Residenziale
- Diurno nei giorni di lun. mar mer gio ven sab dom
- Temporaneo per il periodo di da a

Con quota sanitaria , se erogata, a carico di:

- AUSL Toscana o altra (specificare) con seduta UVM del

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome Cognome Sesso M F

Nato/a a Prov. il / /

Residente (.....) via

Recapiti: tel cell. mail

In qualità di

ULTERIORI PERSONE DI RIFERIMENTO

Nome Cognome Sesso M F

Nato/a a Prov. il / /

Residente (.....) via

Recapiti: tel cell. mail

In qualità di

Nome Cognome Sesso M F

Nato/a a Prov. il / /

Residente (.....) via

Recapiti: tel cell. mail

In qualità di

Presentando questa richiesta, l'interessato e il/i familiare/i o persone di riferimento sopra indicate si OBBLIGANO:

- 1) A far entrare presso la struttura indicata il **Sig./Sig.ra**.....
entro 3 giorni dalla comunicazione della disponibilità del posto letto. L'eventuale rinuncia comporta lo slittamento all'ultimo posto nella lista di attesa dell'APSP.



2) Ad effettuare il pagamento della retta di degenza stabilita annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'APSP per la prestazione richiesta. A tale scopo si segnala che il pagamento avverrà:

- Con risorse autonome dell'assistito
- Con il concorso dei parenti
- Con l'intervento del Comune di
- Altro

3) A fornire tutti i dati e la documentazione che verranno richiesti al momento dell'ingresso ed in particolare:

- ✓ **Atto d'obbligo (Allegato A)**
- ✓ **Scheda Sanitaria da compilarsi a cura del medico curante (Allegato B)**
- ✓ Nominativi ed indirizzi completi dei parenti/referenti
- ✓ Esiti di esami ematici e strumentali e delle visite specialistiche effettuate recentemente
- ✓ Altre notizie anagrafiche
- ✓ Altre notizie sulle abitudini di vita

4) A fornire altre informazioni e documentazione necessaria per la corretta gestione e presa in carico della persona assistita, che saranno acquisite, ove possibile, anche attraverso visita medica pre-ingresso per l'ammissione c/o la Struttura

Dichiara inoltre di aver preso visione del Regolamento vigente allegato alla presente ed averlo accettato in tutte le sue parti.

Firma utente

Firma del richiedente

Firma familiare e/o persona di riferimento

Firma familiare e/o persona di riferimento

Eventuali ulteriori informazioni e/o chiarimenti possono essere richiesti direttamente all'Ufficio Assistenza dell'APSP Opera Pia Leopoldo e Giovanni Vanni telefonando al numero 055.23.11.11



Informativa e consenso al trattamento dei dati personali sensibili (D.Lgs. 196/2003)

Informativa all'utente e consenso al trattamento dei suoi dati personali

Gentile Utente/firmatario,

con il presente documento la informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso la nostra struttura è necessario conoscere i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso ed in particolare:

- ✓ I dati personali forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in struttura formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.
- ✓ La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza nella nostra struttura non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili. **Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione non potrà essere accolta.**
- ✓ I dati da lei forniti saranno trattati dall'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Opera Pia Leopoldo e Giovanni Vanni" con sede in Impruneta (FI) Via Vanni n. 23 e conservati nei locali adibiti all'amministrazione dell'Azienda
- ✓ Responsabile del trattamento è il Direttore della Struttura;
- ✓ I dati raccolti verranno comunicati ai Servizi competenti della ASL n. 10 di Firenze (o ad altra ASL o SDS di riferimento), al Comune di Impruneta (o ad altro Comune competente in base alla residenza dell'ospite), e alla Regione Toscana esclusivamente per la finalità di assolvimento del debito informativo a cui la R.S.A. in quanto accreditata è tenuta;

La informiamo che può esercitare i diritti di accesso ai propri dati ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali:

Diritto di accesso ai dati personali

- 1) L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
- 2) L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, co.2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- 3) L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- 4) L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Dichiarazione di consenso Utente/ familiare/i e/o persona/e di riferimento

Il/La sottoscritto/a in relazione alla presente domanda di ammissione e presa visione dell'informativa sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Firma leggibile Data