



ACCETTAZIONE E MODALITA' DI INGRESSO

Per l'accoglienza dell'ospite in R.S.A. è necessario inoltrare domanda di ospitalità, sulla modulistica qui di seguito allegata, compilata in tutte le sue parti e corredata dalla documentazione sanitaria e amministrativa richiesta. L'Ufficio Accoglienza e Relazioni con il Pubblico, presso il quale va consegnata, risconterà la correttezza e completezza, provvederà a fissare un appuntamento con il Responsabile Sanitario, il quale, in sede di colloquio, valuterà l'idoneità del soggetto all'ingresso in R.S.A. Prima di emettere giudizio di idoneità per l'ingresso, può richiedere, qualora si ritenessero necessari, ulteriori accertamenti (visite mediche ed esami di laboratorio). L'idoneità all'ingresso viene comunicata immediatamente, con contestuale inserimento in lista d'attesa.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI OSPITALITA'

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Compilazione da parte del medico curante o dell'ospedale della Scheda Socio Sanitaria allegata;
- RX Torace (di data non anteriore ai 2 mesi);
- Esami di laboratorio di data non anteriore ai 6 mesi:

Emocromo con formula	Creatininemia	AST, ALT, gamma GT	VDRL, TPHA
VES	Uricemia	Fosfatasi Alcalina	HbsAg, HbsAb, HCV Ab
PCR	Elettroliti plasmatici	Folati	Esame completo delle urine
Glicemia	(Na, K, Cl, Calcemia)	Vitamina B12	(se le condizioni lo permettono)
Azotemia	Elettroforesi proteica	FT3, FT4, TSH	

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- Fotocopia tessera sanitaria;
- Fotocopia esenzione ticket;
- Fotocopia codice fiscale;
- Fotocopia carta d'identità (in corso di validità);
- Certificato di residenza in carta libera (D.P.R. 642/72 art. 27 bis);
- Fotografia formato tessera;
- Fotocopia verbale di invalidità;
- Documentazione del tribunale se presente amministratore di sostegno/curatore/tutore;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale della persona obbligata (in corso di validità).

RETTE DI RICOVERO IN VIGORE ANNO 2010

La retta dovuta dall'ospite in **camera doppia o tripla**, sia per i posti letto autorizzati che accreditati, sino a modifica, ammonta a:

Residenti a Cinisello Balsamo€ 1.962,50 (€ 64,52 giornaliera)*
Residenti altri comuni della Lombardia.....€ 1.995,60 (€ 65,60 giornaliera)*

La retta dovuta dall'ospite in **camera singola**, sia per i posti letto autorizzati che accreditati, sino a modifica, ammonta a:

Residenti a Cinisello Balsamo€ 2.173,50 (€ 71,46 giornaliera)*
Residenti altri comuni della Lombardia.....€ 2.206,60 (€ 72,54 giornaliera)*

La retta deve essere versata anticipatamente entro il giorno 10 di ogni mese mediante **BONIFICO BANCARIO** intestato a FONDAZIONE RICOVERO MARTINELLI ONLUS specificando sempre il NOME DELL'OSPITE e il MESE DI PAGAMENTO

Al momento dell'ingresso presso la R.S.A. di destinazione, gli ospiti dovranno costituire un DEPOSITO CAUZIONALE dell'ammontare di una retta di ospitalità. Previo controllo della situazione contabile, tale deposito verrà restituito alla risoluzione del rapporto di ospitalità, contestualmente alla quota di retta per i giorni non usufruiti.

**CORREDO PER LA R.S.A.**

Quantità	Descrizione	Quantità	Descrizione
6	Asciugamani viso	1	Cappello/Berretto
6	Asciugamani Bidet	1	Plaid
10	Calze/Calzettoni	1	Acqua di colonia/Profumo (Rinnovabile)
10	Mutande (Solo per continenti)	1	Spazzolino da denti (Rinnovabile)
12	Magliette intime lana/cotone	1	Dentifricio (Rinnovabile)
6	Pigiama	1	Spazzola/Pettine
6	Tute complete	1	Crema idratante (Rinnovabile)
6	Polo manica corta/lunga	1	Confezione per pulizia della protesi dentaria (Rinnovabile)
2	Scarpe o pantofole antiscivolo	1	Collutorio (Rinnovabile)
3	Golfini di cotone/lana	1	Rasoio elettrico (per ospiti maschi) o rasoio usa e getta con schiuma da barba
1	Foulard/scialle	1	Fazzoletti di carta (Rinnovabili)

Si raccomanda di apporre il numero personale, comunicato all'atto del ricovero, su ogni singolo capo di biancheria; i numeri dovranno essere tassativamente cuciti.

NON VERRA' ACCETTATA BIANCHERIA NUMERATA CON PENNARELLI E NUMERI ADESIVI.

L'ENTE NON RISPONDE DEI CAPI NON NUMERATI CORRETTAMENTE E NON SEGNATI SULLA SCHEDA PERSONALE REDATTA AL MOMENTO DELL'INGRESSO.

L'ENTE NON RISPONDE
DEGLI OGGETTI LASCIATI INCUSTODITI.



SCHEDA SOCIO SANITARIA

(compilazione a cura del medico di base o dell'ospedale)

Cognome e nome

Nato/a a Prov il.....

Peso..... Altezza

Portatore di Pacemaker No Si

Anamnesi

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

Terapia in corso

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

Pregressi ricoveri in strutture psichiatriche No Si

FUNZIONE INTELLETTIVA

Stato mentale

- perfettamente lucido
- Incerto e dubbioso nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio
- Completamente confuso e non orientato nel tempo e nello spazio

Stato relazionale

- Calmo e non irritabile
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità
- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità

Stato comportamentale

- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria
- Mostra spesso segni di irrequietezza ed è agitato
- E' irrequieto, e incapace di stare fermo anche solo per brevi periodi di tempo



UTILIZZO SERVIZI IGIENICI

- Autonomo
- Necessita aiuto minimo
- Non in grado di utilizzare servizi igienici

INCONTINENZA URINARIA

- Assente
- Saltuaria
- Permanente

INCONTINENZA FECALE

- Assente
- Saltuaria
- Permanente

GESTIONE INCONTINENZA

- Presidi assorbenti
- Catetere vescicale temporaneo permanente
- Ano artificiale

ALIMENTAZIONE

- Autonomo
- Necessita aiuto minimo
- Va imboccato
- Alimentazione artificiale
 - Sondino N.G.
 - PEG
 - Parenterale Totale
- Disfagia

DEAMBULAZIONE

- Buona
- Wandering
- Incerta
- Con aiuto
- Con appoggio
- Bastone
- Gruccia. di proprietà della ASL
- Deambulatore/Girello di proprietà della ASL
- Dipendente da carrozzina.. di proprietà della ASL
- Allettato con piaghe senza piaghe

DECUBITI

Sede _____

Grado _____

ALLERGIE AI FARMACI

- No
- Si specificare _____

IGIENE PERSONALE

- Autonomo
- Necessita aiuto minimo
- Dipendente

VESTIZIONE

- Autonomo
- Necessita aiuto minimo
- Dipendente

DIABETE

- No
- Si
 - necessita solo dieta
 - necessita antidiabetici
 - necessita insulina

DIALISI

- Dialisi peritoneale
- Dialisi extracorporeale

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

- Ossigeno al bisogno
- Ossigeno per 6 ore
- Ossigeno costante
- Ventilazione



COMORBILITA'

CARDIACA Diagnosi
IPERTENSIONE Diagnosi
VASCOLARI (Sangue, Vasi, Midollo, Sistema linfatico) Diagnosi
RESPIRATORIE (Polmonari, Bronchi, Trachea sotto la laringe) Diagnosi
O.O.N.G.L. (Orecchio, Occhio, Naso, Gola, Laringe) Diagnosi
APPARATO G.I. SUPERIORE (Esofago, Stomaco, Duodeno, Albero biliare, Pancreas) Diagnosi
APPARATO G.I. INFERIORE (Intestino, Ernie) Diagnosi
EPATICHE (solo Fegato) Diagnosi
RENALI (solo Rene) Diagnosi
ALTRE PATOLOGIE GENITO URINARIE (Ureteri, Vescica, Uretra, Prostata, Genitali) Diagnosi
SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO-CUTE (Muscoli, Scheletro, Tegumenti) Diagnosi
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (Non include la demenza) Diagnosi
ENDOCRINE METABOLICHE (include diabete, infezioni, stati tossici) Diagnosi
PSICHIATRICO COMPORAMENTALI (Demenza, Depressione, Ansia, Agitazioni, Psicosi) Diagnosi
INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

DICHIARO CHE IL/LA SIG./RA PUÒ VIVERE IN COMUNITÀ E NON È AFFETTO/A DA MALATTIE INFETTIVE.

Data

Il medico compilatore

(timbro e firma)





SCHEDA SOCIALE

(compilazione a cura dell'ospite o dei familiari/persone di riferimento)

Nome e Cognome _____

Nata il _____ a _____

Stato civile: _____ Attività svolta _____

Attualmente abita con _____

In casa, a quale attività si dedica maggiormente?

Nessuna Lavori domestici Cucina Custodia dei bambini Guarda la televisione

Ascolta la radio Gioca a carte Lavora a maglia/uncinetto Parla con gli amici

Altro (Specificare) _____

Cosa le piacerebbe portare nella sua nuova stanza per sentirsi più a casa?

SVOLGIMENTO DELLA GIORNATA (breve descrizione della giornata tipo):

RAPPORTI SOCIALI:

Le piace la compagnia? _____ Le piace conversare? _____

Riceve visite? _____ Da chi? _____

RAPPORTI CON L'ESTERNO

Esce di casa? _____

Con quale frequenza? _____

Può uscire da solo/a? _____ Gradisce uscire in compagnia? _____

Per andare dove? _____

È solito/a andare in ferie? _____

NOTIZIE SULLA FAMIGLIA

Ha figli? _____ Quanti? _____

Come si chiamano?

Ha fratelli? _____ Quanti? _____

Come si chiamano?



Ha altri parenti? _____

Nome

Grado di parentela

LA DOMANDA DI RICOVERO È STATA INOLTRATA PER:

- Scelta Necessità di assistenza Necessità familiari

VISITE DEI PARENTI

Intende far visita al parente:

- Giornalmente Settimanalmente Mensilmente Altro specificare _____)

ANIMAZIONE

Come le piacerebbe passare il tempo?

- Ricevere visite
 Uscire (anche accompagnati)
 Giocare a carte
 ascoltare musica
 Guardare la televisione
 Leggere libri o giornali
 Partecipare a conferenze o dibattiti
 Attività motoria
 Organizzare/partecipare ad uno spettacolo teatrale

Le piacerebbe partecipare ad attività ricreative quali:

- Lavoro a maglia/unicinetto
 Ricamo
 Pittura e disegno
 Bricolage, decoupage, realizzazione di piccoli manufatti
 Altre attività manuali
 Tombola
 Canto
 Musicoterapia
 Danza

Le piacerebbe trovare dei momenti nei quali poter parlare e relazionarsi liberamente con qualcuno che la sappia ascoltare?

- No
 Alle volte
 Sì

In fede

Firma ospite (*)

Firma obbligato

(*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata dalle persone obbligate.

**DOMANDA DI OSPITALITA' PRESSO LA RESIDENZA SOCIO ASSISTENZIALE***(compilazione a cura dell'ospite o dei famigliari/persone di riferimento)*

Il / La sottoscritt _____ (Cognome) _____ (Nome)

nata /to a _____ (Prov) _____ il _____

residente a _____ Prov _____ cap _____

via _____

recapito telefonico _____ / _____ cell _____ / _____

codice fiscale _____ tessera sanitaria _____

Documento n° _____ rilasciato da _____

CHIEDE

sotto propria responsabilità, E PER LIBERA SCELTA

di essere ospitato presso la R.S.A. Fondazione Ricovero Martinelli Onlus,

e per quanto concerne il rapporto di ospitalità e gli obblighi economici derivanti dalla stipula del contratto di accoglienza e fino alla risoluzione dello stesso, saranno assunti, oltre che da me medesimo, da:

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____

Via _____ n° _____

Tel. _____ Cell _____

Documento n° _____ rilasciato da _____

C.F. _____ (allegare fotocopia documento e C.F.)

in qualità di _____ (indicare stato di parentela)

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____

Via _____ n° _____

Tel. _____ Cell _____

Documento n° _____ rilasciato da _____

C.F. _____ (allegare fotocopia documento e C.F.)

in qualità di _____ (indicare stato di parentela)

I sottoscritti accettano tutte le norme e le disposizioni che disciplinano il rapporto di ospitalità di codesto Ente, e le relative condizioni economiche, di cui hanno preso visione.

Data _____

Firma ospite (*)

Firma obbligato

Firma obbligato

(*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata dalle persone obbligate.



ELENCO DEI PARENTI DA CONTATTARE

(compilazione a cura dell'ospite o dei familiari/persona di riferimento)

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. (___)

TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____ GRADO DI PARENTELA _____

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. (___)

TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____ GRADO DI PARENTELA _____

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. (___)

TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____ GRADO DI PARENTELA _____

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. (___)

TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____ GRADO DI PARENTELA _____

RECAPITO MEDICO DI BASE Dott. _____

Tel. _____ Cell _____ Fax _____

E-mail _____ Altro _____

**DEBITO INFORMATIVO***(compilazione a cura dell'ospite o dei famigliari/persone di riferimento)*

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____

in qualità di ospite / parente obbligato nel contratto di ospitalità assumendosi tutte le responsabilità civili e penali in caso di falsa dichiarazione e la decadenza da benefici eventualmente ottenuti, così come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, **per libera scelta, ai sensi della legge del 15 maggio 1997 n. 127 DICHIARO** quanto segue in relazione alla posizione de il/la sig./ra

(Nome e Cognome dell'ospite)**PROVENIENZA:**

- Di provenire dalla propria abitazione
 Di essere già ospite della R.S.A. _____
 sito in _____ Prov. _____ nel reparto di:
 Struttura Protetta Casa di riposo Nucleo Alzheimer Riabilitazione
 Di essere attualmente ricoverato presso l'Azienda Ospedaliera _____
 di _____ nel reparto di _____

**NUCLEO FAMILIARE**

- composto soltanto dal richiedente; composto dal richiedente che convive con _____

Indicare il numero dei figli, anche se non conviventi:

n. figli maschi _____ n. figlie femmine _____

Indicare se è stato nominato un amministratore di sostegno/curatore/tutore:

- NO
 SI Cognome e nome _____
 Nominato dal tribunale di _____
 il _____ n. protocolli _____

**STATO CIVILE**Coniugato con _____
(cognome) _____ (nome)

- Nubile/Celibe Divorziato/a Separato/a Vedovo/a

**SOGGETTO CHE USUFRUICE DEL SERVIZIO A.D.I.**

- No
 Si --> Specificare l'operatore A.D.I.

**GRADO DI ISTRUZIONE**

- Analfabeta-Nessun titolo di studio Licenza elementare
 Licenza di scuole medie inferiori/avviamento Scuola professionale
 Diploma di Scuole Medie Superiori Laurea

**POSIZIONE NELLA PROFESSIONE AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN STRUTTURA:**

- Se attualmente svolge un lavoro retribuito - imprenditore
- Se attualmente svolge un lavoro retribuito - dirigente
- Se attualmente svolge un lavoro retribuito - impiegato, insegnante
- Se attualmente svolge un lavoro retribuito - artigiano, coltivatore diretto, commerciante, altro
- Se attualmente svolge un lavoro retribuito - operaio, salariato agricolo, altro lavoratore
- Se attualmente svolge un lavoro retribuito - lavorante a domicilio
- Se attualmente svolge un lavoro retribuito - coadiuvante in aziende a conduzione familiare
- Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - casalinga (che ha svolto lavoro retribuito)
- Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - pensionato (che ha lavorato)
- Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - invalido, inabile (anche se pensionato)
- Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - disoccupato (attualmente)
- Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - altro
- Se non ha mai svolto lavoro retribuito - scolaro, studente, bambino
- Se non ha mai svolto lavoro retribuito - casalinga (che non ha mai svolto lavoro retribuito, anche se con pensione)
- Se non ha mai svolto lavoro retribuito - in cerca di prima occupazione
- Se non ha mai svolto lavoro retribuito - invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito)
- Se non ha mai svolto lavoro retribuito - altro

**INVALIDITA' CIVILE e INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO**

- Di non usufruire di indennità di accompagnamento;
- Di aver presentato domanda e di essere in attesa di visita;
- Di essere stato sottoposto a visita in data _____ e in attesa di esito;
- Di essere stato riconosciuto invalido civile per il _____ %;
- Di usufruire di invalidità con accompagnamento dal _____;
- Di aver presentato domanda di aggravamento.

**SITUAZIONE PENSIONISTICA ATTUALE:**

(METTERE UNA SOLA X SULLA VOCE SCELTA)

N.B. Nel caso in cui si percepisse più di una pensione indicare quella di importo maggiore

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Reversibilità
- Tipologia speciale (guerra, Infortunio sul lavoro, ecc.)
- Sociale
- Invalidità

In fede

Firma ospite (*)

Firma obbligato

(*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata dalle persone obbligate.

**DICHIARAZIONE PER ESENZIONE DAL PAGAMENTO DI TICKET****(D.G.R. n. 12287 del 4-3-2003 e successive integrazioni e modifiche)**

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____
 consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (vedi note a piè di pagina) e assumendosi tutte le responsabilità civili e penali in caso di falsa dichiarazione e della decadenza da benefici eventualmente ottenuti, così come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

DICHIARA

DI ESSERE ESENTE DAL PAGAMENTO DEL TICKET IN QUANTO APPARTENENTE AD UNA DELLE CATEGORIE SOTTO ELENATE (**BARRARE CON UNA CROCETTA SOLO LA CASELLA INTERESSATA**):

i cittadini di età inferiore a 6 anni o superiore a 65, purché appartenenti a nucleo familiare fiscale con reddito lordo complessivo non superiore a 36.151,98 euro (lire 70 milioni), riferito all'anno precedente;

Il nucleo familiare fiscale è costituito:

- ◆ dall'interessato;
- ◆ dal coniuge (non legalmente ed effettivamente separato, anche se in regime di separazione dei beni e non convivente con l'interessato);
- ◆ dai familiari - di solito i figli - per i quali l'interessato usufruisce già delle detrazioni fiscali in quanto titolari di un reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro al lordo degli oneri deducibili.

Il reddito del nucleo familiare fiscale è dato dalla somma dei redditi dei singoli membri e si rileva dall'ultima dichiarazione annuale dei redditi disponibile:

- ◆ rigo RNI se si è presentato il modello Unico;
- ◆ rigo 6 se si è presentato il modello 730;
- ◆ punto I parte B se si è presentato il modello CUD

gli invalidi civili con percentuale superiore ai 2/3, o con assegno di accompagnamento, o con indennità di frequenza, **in possesso del tesserino di esenzione** ;

i titolari di pensioni sociali e i familiari a carico;

i disoccupati (compresi i lavoratori in mobilità) e i familiari a carico, i titolari di pensioni al minimo ultrasessantenni e i familiari a carico: entrambe queste condizioni sono subordinate all'appartenenza a nucleo familiare fiscale con reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro (lire 16 milioni), 11.362,05 euro (lire 22 milioni) se con coniuge a carico, incrementato di 516,45 euro (lire 1 milione) per ogni figlio a carico;

i ciechi e i sordomuti di cui agli artt. 6 e 7 della Legge 482/68 ;

gli infortunati sul lavoro e gli affetti da malattie professionali per le prestazioni correlate;

le categorie dalla I alla V degli invalidi di guerra e per servizio e gli invalidi per lavoro con percentuale superiore a 2/3 sono totalmente esenti, mentre sono esenti solo per le prestazioni correlate alla patologia invalidante le categorie dalla VI all'VIII e gli invalidi per lavoro con percentuale inferiore a 2/3;

DI NON ESSERE ESENTE DAL PAGAMENTO DEL TICKET IN QUANTO NON APPARTENENTE AD UNA DELLE CATEGORIE SOPRA ELENATE .

In fede _____

(Firma)

Nel caso in cui l'ospite sia impossibilitato alla firma:

In nome e per conto dell'ospite, Sig./ra _____
 cognome , nome e grado di parentela (in stampatello) _____ Firma _____

(**) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata da una delle persone obbligate.

Note:
 D.P.R. 445/2000: "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa
 - L'articolo 71 comma 1 del D.P.R. n. 445/2000 dispone "Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 (Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni) e 47 (Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà)".
 - L'articolo 76 commi 1, 2 e 3 del D.P.R. n. 445/2000 dispone: "1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. 2.L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. 3 Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 (Dichiarazioni Sostitutive di certificazioni) e 47 (Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come atte a pubblico ufficiale."

Organizzazione senza scopo di lucro di utilità sociale istituita con DGR 7/15572 del 12.12.2003 P.IVA 00987420965, Cod.Fisc. 85004630159 Iscr. REA MI n. 1730508; Reg.Pers.Giur.Priv. Reg.Lombardia n. 1654
 Uffici e Sede legale: via Martinelli 45, I-20092 Cinisello Balsamo RSA via Vicuna 2, I-20092 Cinisello Balsamo
 Tel. +39-02-660541, Fax +39-02-66049055 / 66054331 E-mail info@fondazionemartinelli.org

Aggiornata al 01 febbraio 2010



RICHIESTA DI DOMICILIAZIONE SANITARIA

C/O FONDAZIONE RICOVERO MARTINELLI ONLUS

(compilazione a cura dell'ospite o dei famigliari/persone di riferimento)

Cinisello Balsamo, _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____ n _____

cap _____ prov _____

CHIEDE LA DOMICILIAZIONE SANITARIA

C/o Dott. R.S.A. Fondazione Ricovero Martinelli Onlus

Cod. Struttura 36337

Via L. Vicuna, 2 – Cinisello Balsamo

Firma _____

Nel caso in cui l'ospite sia impossibilitato alla firma:

(*) In nome e per conto dell'ospite, Sig./ra _____

Cognome , nome e grado di parentela (in stampatello) _____

Firma _____

(*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata da una delle persone obbligate.



INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "**Codice in materia di protezione dei dati personali**" la informiamo che il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti di cui al contratto/incarico, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

Le finalità del trattamento sono:

- Gestione contabile (fatturazione/pagamenti), recupero crediti, revisione contabile, adempimenti fiscali;
- Gestione amministrativa del contratto e adempimenti normativi, archiviazione storica dei dati;
- Gestione del fascicolo personale;
- Valutazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, terapia ed assistenza sanitaria, gestione del fascicolo amministrativo e sanitario dell'assistito, redazione PAI (sia per il personale degente in RSA che assistito a domicilio in ADI), redazione schede SOSIA;
- Rilevazione grado di soddisfazione, attività informativa, pubblicazioni, marketing e pubblicità;

Le modalità di trattamento dei dati sono:

- Su supporto cartaceo, nel rispetto delle regole di riservatezza e sicurezza previste dalla legge e accessibile esclusivamente al personale autorizzato;
- Con l'ausilio di sistemi informatici e l'utilizzo di procedure anche automatizzate, ad opera di personale appositamente incaricato;

Si informa inoltre che:

- i dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di soggetti pubblici o privati (enti, autorità, istituzioni pubbliche, enti previdenziali e assicurativi, altre strutture sanitarie pubbliche e private, studi e società di recupero crediti, appaltatori di servizi, collaboratori autonomi, professionisti e consulenti) e coinvolti a vario titolo ai soli fini dell'espletamento dell'incarico, del servizio o della prestazione e affidati dall'INTERESSATO alla **FONDAZIONE RICOVERO MARTINELLI -ONLUS**;
- i dati potranno altresì essere comunicati o portati a conoscenza dei responsabili o incaricati del trattamento il cui elenco completo ed è affisso presso la sede degli uffici della **Fondazione Ricovero Martinelli - Onlus** sita in **via Martinelli 45 a Cinisello Balsamo (MI)**;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per poter portare a compimento l'incarico, il servizio o la prestazione; il mancato conferimento comporta quindi l'impossibilità di erogazione della prestazione.

All'INTERESSATO sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato codice e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione rivolgendo le richieste al:

Titolare del trattamento dei dati personali della **Fondazione Ricovero Martinelli - Onlus, Dott. Pier Giorgio PANZERI, Via Martinelli 45, I-20092 Cinisello Balsamo**

L'INTERESSATO, presa visione dell'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, rilascia espresso consenso al trattamento dei dati personali per le attività sopra descritte.

Per accettazione

Data _____

Cognome e nome _____

Firma _____

Aggiornata al 29 giugno 2009



DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA CURA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ via _____
grado di parentela ⁽¹⁾ _____

⁽¹⁾ da specificare solo in caso di impossibilità da parte del richiedente

Conferma di essere a conoscenza di accettare le norme che regolano il funzionamento della RSA dei servizi erogati

DICHIARA

di essere informato in modo esaustivo riguardo le cure, le procedure mediche ed assistenziali messe in atto, presso la Residenza Sanitaria Assistenziale, sulla loro sostituibilità e non sostituibilità e dei rischi potenziali comuni ed individuali legati anche ad alcune indagini diagnostiche e pratiche terapeutiche che si dovessero rendere necessarie in senso diagnostico e terapeutico durante la degenza presso la RSA, compatibilmente con le condizioni generali e nel rispetto della dignità della persona, a salvaguardia dell'integrità individuale e di terzi.

data _____

firma