

FONDAZIONE ARDOINO MORELLI - O.N.L.U.S.

# DOMANDA D'INGRESSO

<p><b>Indice degli allegati:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. DATI DELL'OSPITE;</li> <li>2. QUESTIONARIO SANITARIO (da compilare dal medico curante);</li> <li>3. IMPEGNATIVA DEL RICHIEDENTE;</li> <li>4. IMPEGNATIVA DEI GARANTI;</li> <li>5. ELENCO DOCUMENTAZIONE (da allegare alla presentazione della domanda);</li> <li>6. DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO;</li> <li>7. INFORMATIVA PRIVACY;</li> <li>8. TRATTAMENTO DATI SISTEMA TS;</li> <li>9. ELENCO ESAMI CLINICI.</li> </ol>	<p><b>Nota per il richiedente</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La consegna della presente domanda completa in ogni suo punto e degli allegati previsti, sarà soggetta insindacabilmente alla preventiva valutazione all'ammissione del Medico Responsabile a cui è demandata la scelta del reparto.</li> <li>2. L'ammissione dell'ospite consente l'inserimento nella lista di attesa del reparto di destinazione qualora non disponibile.</li> </ol>
--	--

## 1. DATI DELL'OSPITE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ codice fiscale n.: \_\_\_\_\_

Esenzione ticket anno in corso                      SI      NO      (se SI allegare certificazione)

Riconoscimento invalidità civile                      SI      NO      (se SI allegare certificazione)

Medico curante Dr. \_\_\_\_\_ Telefono n. \_\_\_\_\_

## RICHIESTA PER SOGGIORNO

- **PERMANENTE**                                            dal \_\_\_\_\_

- **TEMPORANEO**                                            dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- **ORARIO DI INGRESSO**                      \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici di riferimento:

sig. \_\_\_\_\_ grado parentela \_\_\_\_\_ numero/i \_\_\_\_\_

sig. \_\_\_\_\_ grado parentela \_\_\_\_\_ numero/i \_\_\_\_\_

indirizzi mail: \_\_\_\_\_

---

### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [infoception@ardoinomorelli.it](mailto:infoception@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

## FONDAZIONE ARDOINO MORELLI - O.N.L.U.S.

### 2. QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura del Medico Curante)

#### PER IL MEDICO CURANTE

Egregio Collega,

La preghiamo voler cortesemente compilare il questionario allegato e farlo pervenire in **busta chiusa e riservata**.

Si prega, inoltre, di allegare alla documentazione sanitaria una copia aggiornata della cartella MILLEWIN del paziente.

Le notizie vengono richieste a puro titolo informativo per meglio inquadrare le esigenze dell'ospite e per razionalizzare maggiormente la destinazione all'interno della ns. struttura.

Con molti ringraziamenti, cordiali saluti.

IL RESPONSABILE SANITARIO  
Dr. Milesi Ombretta

## FONDAZIONE ARDOINO MORELLI - O.N.L.U.S.

### “QUESTIONARIO SANITARIO”

( DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE )

Da allegare, in busta chiusa, alla domanda d'ingresso

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	

SINTESI ANAMNESTICA ( patologie o interventi chirurgici con data di insorgenza o di intervento)	
PATOLOGIE ACUTE IN ATTO O RECENTI	
EVENTUALI ALLERGIE O INTOLLERANZE	
MALATTIE INFETTIVE	

<b>PORTATORE DI:</b>					
PACEMAKER	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	UROSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
TRACHEOSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	COLONSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
PROTESI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	CVC	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
CV	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	ALTRO: _____		

PRESENZA DI PIAGHE DA DECUBITO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	SEDE: _____ _____
ALTRE LESIONI O MEDICAZIONI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	SEDE: _____ _____
DISFAGIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note:
AFASIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note:
DISARTRIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note:

#### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [infoception@ardoinomorelli.it](mailto:infoception@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

NUTRIZIONE	<input type="radio"/> Per os	<input type="radio"/> Sondino ng	<input type="radio"/> Peg	<input type="radio"/> Parenterale
DIETA	<input type="radio"/> Diabete	<input type="radio"/> Disfagia	Altro:	
RESPIRAZIONE	<input type="radio"/> autonoma	<input type="radio"/> ossigeno	<input type="radio"/> tracheostomia	

**VALUTAZIONE CAPACITA' COGNITIVO - COMPORTAMENTALI**

STATO DI COSCIENZA	<input type="radio"/> vigile	<input type="radio"/> risponde a stimoli verbali	<input type="radio"/> risponde a stimoli dolorosi	<input type="radio"/> non risponde
DETERIORAMENTO COGNITIVO	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> lieve o moderato	<input type="radio"/> grave	
DISTURBI del COMPORTAMENTO	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> lieve o moderato	<input type="radio"/> grave	
PRESENZA DI DEFICIT SENSORIALI	<input type="radio"/> visivi		<input type="radio"/> uditivi	
COMPRESIONE ORDINI SEMPLICI	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
ORIENTAMENTO NEL TEMPO	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
ADEGUATA MEMORIA A BREVE TERMINE	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
ADEGUATA MEMORIA A LUNGO TERMINE	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
ESPRIME BISOGNI ELEMENTARI ( fame - sete sonno - dolore)	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
CAPACITA' DI DECISIONE AUTONOMA	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
E' CONFUSO	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
E' COERENTE	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
PERICOLO DI FUGA	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
DEAMBULAZIONE AFINALISTICA	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
AGGRESSIVITA'	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
ANSIA	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
INSONNIA	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
ALLUCINAZIONI VISIVE/UDITIVE	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
DELIRI	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	

**Fondazione Ardoino Morelli ONLUS**

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [infoception@ardoinomorelli.it](mailto:infoception@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

<b>VALUTAZIONE STATO FUNZIONALE ( AUTONOMIE )</b>			
	AUTONOMO	PARZIALMENTE AUTONOMO	TOTALMENTE DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE QUOTIDIANA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BAGNO SETTIMANALE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAPACITA' DI VESTIRSI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAPACITA' DI ALIMENTARSI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
USO WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALZATA DAL LETTO/SEDIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
USO DEL TELEFONO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FARE ACQUISTI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GESTIONE AUTONOMA DEI MEDICINALI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GESTIONE DEL DENARO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INCONTINENZA	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> occasionale	<input type="radio"/> abituale doppia	<input type="radio"/> catetere
DEAMBULAZIONE	<input type="radio"/> autonoma	<input type="radio"/> accompagnato	<input type="radio"/> carrozzina	<input type="radio"/> allettato
	<input type="radio"/> con aiuto meccanico ( bastone, tripode, deambulatore )			

### ESAME OBIETTIVO GENERALE

CUTE E MUCOSE VISIBILI	_____
APPARATO RESPIRATORIO	_____
APPARATO CARDIOCIRCOLARORIO	_____
APPARATO DIGERENTE	_____
APPARATO GENITO URINARIO	_____
APPARATO LOCOMOTORE	_____
SISTEMA NERVOSO CENTRALE	_____
SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	_____

### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [info@ardoinomorelli.it](mailto:info@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

<b>NECESSITA' INFERMIERISTICHE</b>		
MEDICAZIONI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
SOMMINISTRAZIONE TERAPIA ORALE (solo per ospiti autosufficienti)	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
SOMMINISTRAZIONI TERAPIE PARENTERALI O EV	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
NUTRIZIONE PARENTERALE O ENTERALE	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
PROGRAMMAZIONE EVACUAZIONI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
SOSTITUZIONE CATETERE	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
CONTROLLO GLICEMIA	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
MONITORAGGIO PA E FC	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
ASPIRAZIONE SECREZIONI BRONCHIALI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>è in grado di gestire autonomamente la terapia</b> ( sì ) ( no )</li> <li>• <b>è affetto da etilismo cronico</b> ( sì ) ( no )</li> <li>• <b>è affetto da malattie infettive incompatibili con la comunità</b> ( sì ) ( no )</li> <li>• <b>è affetto da condizione psichica incompatibile con la comunità</b> ( sì ) ( no )</li> </ul>		
NOTE:		



## FONDAZIONE ARDOINO MORELLI - O.N.L.U.S.

### 3. IMPEGNATIVA DEL RICHIEDENTE

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_, che sottoscrive il presente contratto in qualità di

- Ospite;
- Familiare (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_
- Amministratore di sostegno;
- Tutore/Curatore)
- Altro (indicare il titolo) \_\_\_\_\_

A favore di del/della ospite **Sig./Sig.ra:**

\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

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

C.f. n.: \_\_\_\_\_,

attesto/a :

- a. di aver già preso visione in ogni sua parte del regolamento della “Fondazione Ardoino Morelli ONLUS” tuttora vigente ed approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 03/11/2014;
- b. di essere a conoscenza che in caso d’inosservanza dell’obbligo assunto con la presente dichiarazione a favore dell’ospite, la “Fondazione” si riserva il diritto di rinviarlo agli obbligati di cui all’art. 433 del C.C. e a procedere in giudizio nei confronti dei medesimi per il recupero della somma;
- c. di aver ricevuto prima e di aver già preso visione in ogni sua parte delle separate carte dei servizi e precisamente la carta dei servizi della “RESIDENZA per ANZIANI ARDOINO MORELLI” e la carta dei servizi del “Reparto Assistiti” e delle allegate rette/tariffe giornaliere applicate di cui alle lettere “B” e “A”;

impegnandosi a:

- corrispondere a codesta “Fondazione” con decorrenza dalla data di ingresso, e per tutto il periodo di soggiorno, la retta/tariffa giornaliera differenziata a seconda del Reparto e/o del tipo di camera, retta/tariffa il cui importo giornaliero pari ad euro \_\_\_\_\_ è definito negli allegati “A” e “B” acclusi alla carta dei servizi del reparto ove verrà destinato l’ospite, così come eventuali futuri adeguamenti

---

#### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [infoception@ardoinomorelli.it](mailto:infoception@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082



tariffari definiti su base annuale dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione ed eventuali promozioni commerciali in atto;

- d. a sottoscrivere prima dell'ingresso il contratto di accoglienza qualora l'Ospite sia destinato ad essere alloggiato nel Reparto "Assistiti", o nel "Nucleo Alzheimer" ovvero con soggiorno con carattere di residenzialità permanente nella "RESIDENZA per ANZIANI ARDOINO MORELLI";
- e. a corrispondere a codesta "Fondazione", esclusivamente per quanto concerne i ricoveri temporanei in regime di sollievo e convenzione ASL, la retta giornaliera prevista dal contratto, così come, in caso di prosecuzione del ricovero, si impegna a corrispondere la retta giornaliera indicata nel contratto di accoglienza di cui all'allegato "A" della carta dei servizi.

Diano Marina li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del richiedente)

## FONDAZIONE ARDOINO MORELLI - O.N.L.U.S.

### 4. IMPEGNATIVA DEI GARANTI

(DA COMPILARE IN CASO DI SOGGIORNI PERMANENTI O DEGENTI NEL REPARTO ASSISTITI RSA - RP)

Il sottoscritto/sottoscritti, riconoscendo la sussistenza degli obblighi alimentari di cui all'art. 433 C.C. nei confronti dell'ospite signor/ra \_\_\_\_\_, si obbliga/obbligano a corrispondere per il soggiorno dello/della stesso/a presso la Struttura di Diano Marina, Piazza Giovanni XXIII, l'intera retta/tariffa giornaliera così come determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione e differenziate a seconda del Reparto e del tipo di camera. Tale obbligo viene assunto sia individualmente che in via solidale fra loro e senza obbligo per codesta "Fondazione" della preventiva escussione del debitore principale a corrispondere alla "FONDAZIONE ARDOINO MORELLI ONLUS", vita natural durante e con decorrenza dalla data di ingresso dell'Ospite e fino a alla sua dimissione.

I sottoscritti sono altresì consapevoli e a conoscenza che in caso di inosservanza dell'obbligo assunto, con la firma in calce alla presente dichiarazione, la "Fondazione" si riserva il diritto di rinviare in famiglia o dimettere l'Ospite e di agire in giudizio in giudizio nei confronti dei medesimi per il recupero della somma.

Cognome Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Diano Marina li, \_\_\_\_\_

(firma per accettazione)

Cognome Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Diano Marina li, \_\_\_\_\_

(firma per accettazione)

Cognome Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Diano Marina li, \_\_\_\_\_

(firma per accettazione)

---

#### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [info@ardoinomorelli.it](mailto:info@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

## FONDAZIONE ARDOINO MORELLI - O.N.L.U.S.

### 5. ELENCO DOCUMENTAZIONE

- Modulo per consenso al trattamento dei dati personali e sensibili;
- Informativa privacy per ASL 1 Imperiese
- Fotocopie:
  - codice fiscale;
  - tessera sanitaria ASL;
  - verbale invalidità e/o accompagnamento (ove esistente);
  - documento identità (non scaduto);
  - autocertificazione ai fini esenzione ticket per motivi di reddito corredata da relativa ricevuta di ritorno attestante l'invio all'A.S.L. di competenza;
  - impegno di spesa da parte dell'eventuale Ente Comunale (per ingressi di ospiti tramite servizi sociali dei distretti socio sanitari).
- Per soggiorni pari o inferiori ad un mese l'ospite dovrà avere, all'ingresso, una dotazione sufficiente di tutti i farmaci segnati in terapia ed eventuali presidi sanitari ( es. pannoloni etc. ); in caso contrario la Fondazione provvederà alla fornitura di quanto necessario, con relativo addebito in fattura.

**NOME E COGNOME**

Diano Marina li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per presa visione

\_\_\_\_\_

---

#### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [infoception@ardoinomorelli.it](mailto:infoception@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

## FONDAZIONE ARDOINO MORELLI - O.N.L.U.S.

### 6. DICHIARAZIONE CONSENSO INFORMATO

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a

\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_, che sottoscrive il presente contratto in qualità di

- Ospite;
- Familiare (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_
- Amministratore di sostegno;
- Tutore/Curatore)
- Altro (indicare il titolo) \_\_\_\_\_
- Testimone imparziale di espresse volontà

A favore del:

- Sottoscritto medesimo,
- di del/della ospite **Sig./Sig.ra:**

\_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

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

C.F. n.: \_\_\_\_\_,

ospite presso la Fondazione Ardoino Morelli O.N.L.U.S. con sede in Diano Marina (IM), Piazza Giovanni XXIII n.1

#### DICHIARO

ed attesto di essere stato/a adeguatamente informato/a dal Medico prescrittore relativamente a benefici ed eventuali effetti collaterali dei farmaci prescritti nella terapia.

Pertanto accetto di essere sottoposto/a ovvero di sottoporre l'ospite di cui sopra al trattamento con i suddetti farmaci chiedendo altresì di essere informato/a sulle eventuali variazioni terapeutiche che dovessero rendersi necessarie.

Diano Marina li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per espresso consenso (\*)

(\*) N.B. In caso di pazienti non in grado di intendere e di volere il consenso deve essere firmato dal rappresentante legalmente valido, allegando alla presente copia del documento di identità.

Se l'ospite, pur essendo in grado di intendere e di volere e capace di manifestare la propria volontà, fosse impossibilitato alla firma, il consenso deve essere firmato da un testimone imparziale che ne attesti l'espresa volontà, allegando alla presente copia del documento di identità.

#### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [infoception@ardoinomorelli.it](mailto:infoception@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

## FONDAZIONE ARDOINO MORELLI - O.N.L.U.S.

### 7. INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi del Reg. UE 2016/679, la Fondazione Casa di Riposo Maria Ardoino Morelli di Popolo redige la presente informativa relativamente al trattamento dei dati dei propri Ospiti.

Tali trattamenti sono effettuati per la regolare esecuzione delle prestazioni socio assistenziali di questa Fondazione, potranno essere effettuati con sistemi informatici e cartacei pur garantendo che l'accesso ai dati sia consentito al solo personale espressamente autorizzato dal titolare del trattamento. Qualora l'Ospite ritenga di non fornire il Suo consenso, questa Fondazione si troverà nella necessità di non poter effettuare la prestazione socio assistenziale richiesta.

Informiamo che i dati soggetti a trattamento dalla Fondazione comprendono anche quelli previsti dall'art. 9 del Regolamento e già noti come "sensibili".

La liceità dei trattamenti effettuati è garantita dalle seguenti condizioni:

- Consenso: tratteremo i Suoi dati esclusivamente in presenza di un Suo consenso, libero ed espresso. L'interessato ha la facoltà di revocare il consenso in qualsiasi momento anche per specifici trattamenti che saranno descritti nel seguito.
- Esecuzione del contratto: le prestazioni assistenziali prevedono il trattamento dei dati personali necessari alla corretta gestione amministrativa dello stesso
- Conformità con un obbligo legale: la Fondazione tratterà i Suoi dati nelle circostanze in cui la normativa glielo imponga
- Salvaguardia di interessi legittimi: la Fondazione tratterà dati per la salvaguardia di propri interessi legittimi senza ledere i Suoi interessi e diritti.

Informiamo, altresì, che le principali finalità della raccolta dei dati sono relative alla:

gestione amministrativa (es.: registrazione dell'entrata in struttura, emissione delle fatture, riscossione delle rette, scelta del Medico di Medicina Generale, ecc);

gestione sanitaria inclusi i rapporti con le strutture sanitarie pubbliche (es. comunicazione dei dati personali dell'Ospite per la registrazione all'arrivo in ospedali e comunicazione dei dati relativi alle condizioni di salute generali, eventuali terapie in corso per consentirne il proseguimento, acquisto dei farmaci da banco etc.);

supervisione delle condizioni degli ospiti attraverso la presenza di videosorveglianza nelle aree del reparto RNA Alzheimer (incluse le camere degli ospiti),

Riguardo alle comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati, esclusivamente per le finalità sopra specificate, a:

Enti pubblici (Regioni, Comune, Aziende Sanitarie), Medico di Medicina Generale, Struttura ospedaliera dove avviene l'eventuale ricovero, Medici Specialisti, laboratorio diagnostico, Istituto Bancario incaricato del servizio di Tesoreria.

Possono essere a conoscenza dei dati gestiti le seguenti categorie di incaricati e/o responsabili interni ed esterni individuati per iscritto ed ai quali sono state date specifiche istruzioni scritte ovvero:

10. personale medico, paramedico e assistenziale;
11. dipendenti degli uffici amministrativi della Fondazione;
12. titolari e dipendenti di società esterne il cui conferimento dei dati è strettamente funzionale all'esecuzione del rapporto contrattuale e riguardante l'ospite.

Si informa inoltre che tra i dati personali raccolti potranno essere comprese brevi riprese filmate e/o scattate fotografie dell'interessato; le stesse saranno conservate all'interno della struttura sia su supporto informatico per la completezza della cartella sanitaria nonché usate in vari modi in visione agli interessati ed ai loro parenti ed amici, compresi monitor televisivi e/o proiettori, nonché stampate come foto ricordo per gli ospiti interessati. Le foto ed i filmati potranno essere oggetto di pubblicazioni sul sito internet della struttura o sul social network "Facebook".

Tutti i dati personali, ivi inclusi quelli descritti all'art. 9 del Regolamento saranno conservati presso la Struttura per tutta la durata del rapporto assistenziale e fino a 10 anni dal suo termine.

I trattamenti saranno effettuati garantendo il rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del Regolamento oltre a misure di sicurezza specifiche previste dal nostro sistema di controllo.

I dati potranno essere trasmessi a Titolari terzi esclusivamente per gli scopi connessi con le finalità sopra descritte. L'elenco dei Titolari terzi a cui potranno essere trasmessi i dati è disponibile nella Struttura e disponibile per la consultazione, non è previsto il trasferimento di dati verso paesi Terzi.

Le informiamo che Lei potrà, in qualunque momento, esercitare i suoi diritti previsti dal Regolamento e, in particolare:

13. accesso ai dati trattati (art. 15), rettifica (art. 16), cancellazione purché esistano le circostanze previste dall'art. 17, portabilità (art. 20), revoca del consenso (art. 13), reclamo presso l'autorità di controllo (art. 77)

Titolare del trattamento dei dati personali è la Fondazione Maria Ardoino Morelli di Popolo O.N.L.U.S.

## Consenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver letto e compreso il contenuto della informativa sul trattamento dei dati personali (ivi inclusi quelli appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento già definiti come "sensibili") e di essere stato informato sui principi che regoleranno i trattamenti dei miei dati personali effettuati dalla Fondazione.

In particolare esprimo i miei consensi espliciti e inequivocabili sotto elencati e relativi alla possibilità di trattamento dei miei dati personali e "sensibili".

Prendo altresì atto che i miei consensi così come stabiliti con la presente potranno essere revocati in tutto o in parte in qualsiasi momento.

Si chiarisce fin d'ora che il mancato consenso ai trattamenti sotto elencati potrà comportare diverse modalità di gestione dei Suoi rapporti con la struttura, ivi inclusa la possibilità di non riuscire a rispettare i livelli di assistenza personale ritenuti necessari.

<input type="checkbox"/> Accenso	Che i miei dati personali ivi inclusi quelli descritti all'art. 9 del Regolamento ("sensibili") siano trattati secondo le indicazioni previste nella informativa e, in particolare, che siano trasmessi a personale terzo correlato con le attività socio assistenziali della Struttura
<input type="checkbox"/> Non Accenso	

<input type="checkbox"/> Accenso	Che i miei dati personali siano trattati con impiego di sistema di videosorveglianza nelle aree del Reparto Alzheimer
<input type="checkbox"/> Non Accenso	

<input type="checkbox"/> Accenso	Che le fotografie, le immagini, i filmati effettuati nella Struttura siano divulgati all'interno della stessa (su carta, manifesti ecc.) e sulla rete Internet tramite il Sito Internet della Struttura, le pagine Facebook, Instagram ecc. della stessa, sempre nel pieno rispetto della mia dignità e decoro
<input type="checkbox"/> Non Accenso	

<input type="checkbox"/> Accenso	Che i miei dati "sensibili" relativi a eventuali terapie, farmaci somministrati, ricoveri ospedalieri siano comunicati al Sig. _____
<input type="checkbox"/> Non Accenso	

Data .....

L'interessato.....

---

### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [info@ardoinomorelli.it](mailto:info@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

---

**FONDAZIONE ARDOINO MORELLI – O.N.L.U.S.**

**8. TRATTAMENTO DATI SISTEMA TS**

Dal 01 gennaio 2016 le strutture sanitarie accreditate devono effettuare la trasmissione telematica delle spese sanitarie dei loro assistiti al portale web “SISTEMA TESSERA SANITARIA”, gestito dal Ministero delle Finanze che li renderà disponibili all’ Agenzia delle Entrate, limitatamente ai soggetti per i quali è prevista la dichiarazione dei redditi pre-compilata ( art. 3, comma 3, D.lgs n. 175 del 21/11/2014 ).

L’assistito può manifestare l’opposizione alla trasmissione dei dati al sistema TS; l’informazione di tale opposizione deve essere conservata anche dalla struttura sanitaria ( art.3 Decreto del MEF del 31/07/2015 )

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

consapevole di quanto sopra:

ACCONSENTO alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al portale on line “sistema tessera sanitaria”, ai sensi dell’articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175

MI OPPONGO alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al portale on line “sistema tessera sanitaria”(art.3 comma 2b decreto del Mef del 31 luglio 2015)

- Per me stesso/a
- ovvero per l’ospite Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

**Fondazione Ardoino Morelli ONLUS**

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [infoception@ardoinomorelli.it](mailto:infoception@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082

## FONDAZIONE ARDOINO MORELLI – O.N.L.U.S.

### 9. ELENCO ESAMI CLINICI

da presentare alla prima visita medica o prescrizione medica nel caso in cui si demandi alla struttura l'esecuzione.

Esami Ematochimici di routine recenti;

Esami ematochimici specifici nel caso in cui l'ospite sia affetto da patologia o in caso di monitoraggio terapia;

Referto visita cardiologica + ECG;

Documentazione clinica relativa ad eventuali patologie dell'ospite e /o eventuali ricoveri e accertamenti effettuati prima dell'ingresso.

- DURANTE LA PERMANENZA PRESSO LA STRUTTURA, IL MEDICO GENERICO POTREBBE RITENERE NECESSARIA LA PRESCRIZIONE DI ESAMI EMATOCHIMICI DI CONTROLLO O EVENTUALI ALTRI ACCERTAMENTI. QUALORA L'OSPITE NON SIA TITOLARE DI ESENZIONI, VERRA' RICHiesto IL PAGAMENTO DEGLI STESSI.
- QUALORA SI DISPONGA DI UNA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA (da indicare nella prima pagina del presente modulo), TUTTE LE INFORMAZIONI SANITARIE DI ROUTINE, FATTO SALVO EVENTUALI URGENZE, VERRANNO COMUNICATE TRAMITE MAIL DAL PERSONALE DI REPARTO.

**NOME E COGNOME**

\_\_\_\_\_

Firma per presa visione

Diano Marina li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

#### Fondazione Ardoino Morelli ONLUS

Piazza Papa Giovanni XXIII, n.1 – 18013 Diano Marina (IM) tel. 0183 407411 fax 0183 497661

[www.ardoinomorelli.it](http://www.ardoinomorelli.it) – mail: [infoception@ardoinomorelli.it](mailto:infoception@ardoinomorelli.it) – pec: [ardoinomorelli@pec.it](mailto:ardoinomorelli@pec.it) – codice fiscale n.: 00279210082