CONTRATTO DI INGRESSO

CENTRO DIURNO INTEGRATO

TRA

Il Centro S.r.l l'Impresa sociale
avente sede in Malnate (VA), Via I Maggio 10
C.F. 03727870127 P.IVA 03727870127
Accreditata dalla Regione Lombardia in qualità di soggetto gestore del servizio
Centro Diurno Integrato
Rappresentata da **Maurizio Ampollini** in qualità di legale rappresentante

E

Il Sig./La Sig.ra

Nome e cognome ……

Nato/a il ……

Indirizzo di residenza ……

Codice fiscale ……

in qualità di:

- Diretto interessato all'ammissione

oppure in qualità di:

- Tutore
- Curatore
- Famigliare
- Amministratore di sostegno
- Comune di ……. , codice fiscale/partita IVA ……, in persona di …….

Rappresentante/garante del Sig./della Sig.ra ……

di seguito definito **contraente**

PREMESSO CHE

1. le parti intendono adottare le seguenti definizioni:
   - **C.D.I.:** individua il Centro Diurno Integrato
   - **Il Centro S.r.l. Impresa sociale** (anche definita di seguito **Ente**)
   - **Ospite:** è la persona anziana che fruisce del servizio offerto dal Centro Diurno Integrato
   - **Garante:** è il famigliare o il legale rappresentante dell'ospite, che richiede in sua vece l'erogazione del servizio offerto, garantendo in solido con l'ospite l'adempimento delle obbligazioni assunte da quest'ultimo
2. Il Centro S.r.l. Impresa sociale è titolare di autorizzazione al funzionamento e accreditamento e appartiene alla rete delle unità di offerta socio-sanitarie della Regione Lombardia.
3. Il Centro S.r. l'impresa sociale ha adottato la revisione del documento di valutazione dei rischi a tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (ai sensi del D.Lgs. 81/2008), disponibile presso gli uffici per chi desiderasse prenderne visione.
4. Per lo svolgimento delle proprie attività, il C.D.I. si avvale di apposito personale, con professionalità e consistenza numerica adeguate alle indicazioni previste dal contratto di accreditamento con l'ATS di riferimento.
5. I servizi offerti dal Centro Diurno Integrato sono quelli specificati nella Carta dei Servizi, della quale il contraente dichiara di conoscere il contenuto ivi allegato.
6. Il contraente ha preso visione del Codice Etico
7. **Il contraente dichiara di aver letto e sottoscritto tutti i documenti allegati alla presente:**
   A. Modulo per l'espressione del consenso al trattamento dei dati personali
   B. Tariffario vigente per le rette di frequenza e per i servizi
   C. Corredo necessario per l'inserimento dell'ospite presso il Centro Diurno Integrato.
   D. Regolamento del Centro Diurno Integrato
   E. Documentazione da allegare alla richiesta di ammissione
8. **Il contraente ha presentato domanda di ingresso dopo aver preso visione del Centro Diurno Integrato, della natura e del tenore dei servizi offerti. Dichiara inoltre di aver preso visione della Carta dei Servizi e di aver letto il presente contratto in ogni sua parte.** Eventuali dubbi o richieste di chiarimenti potranno essere esposti al personale amministrativo negli orari di apertura del Centro Diurno Integrato, su appuntamento.

PREMESSO TUTTO CIO' SI CONVIENE E SI STIPULA FRA LE PARTI COME SOPRA RAPPRESENTATE QUANTO SEGUE (ai sensi della Legge Regionale della Lombardia n.3 del 12 marzo 2008, art.7):

Art.1

A seguito dell'accettazione della domanda presentata unitamente alla documentazione clinica in data_____, con il presente atto il/la sottoscritto/a contraente chiede per sé/ o per il suo assistito la frequenza al CDI a far data da_____

Art.2 – Oggetto del contratto

Oggetto del contratto è la presa in carico dell'Ospite da parte dell'ente per l'erogazione delle appropriate prestazioni aventi natura socio-sanitaria, secondo quanto previsto dalla specifica normativa vigente e futura di Regione Lombardia per i CDI e dalla Carta dei Servizi, dal Codice etico e dal presente contratto.

Il C.D.I. offre:

- Prestazioni sanitarie ed assistenziali

L'ospite viene preso in carico dal personale medico, infermieristico ed assistenziale, che compila il Fascicolo sanitario-sociale (FASAS), comprendente il Progetto Individuale (P.I.) ed il Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I.).

Il fascicolo, redatto dall'equipe con la collaborazione, ove possibile, di un famigliare, rappresenta uno strumento di valutazione multidimensionale integrato delle diverse figure professionali socio-sanitarie.

Il P.A.I. è aggiornato con cadenza semestrale e ogni volta che si verifichi un cambiamento significativo.

Durante la permanenza presso il Centro Diurno Integrato, ad ogni ospite viene garantita la somministrazione della terapia farmacologica (fornita secondo le modalità indicate all'allegato C).

Agli ospiti viene inoltre proposta una attività fisioterapica di gruppo alla quale può essere affiancata, in caso di particolari esigenze, attività di fisioterapia individuale.

- Attività educative

Le attività educative si integrano con le attività sanitarie ed assistenziali promosse dal Centro Diurno Integrato. L'obiettivo di tali attività è favorire la socializzazione, la comunicazione e l'integrazione tra gli ospiti.

- Servizio di assistenza religiosa

Presso il Centro Diurno Integrato è possibile partecipare, per gli ospiti che lo desiderano, ad un momento religioso settimanale (religione cristiana cattolica), che si svolge sempre nel rispetto della sensibilità religiosa di ognuno.

- Prestazioni alberghiere

Il C.D.I. provvede alla somministrazione quotidiana dei pasti agli ospiti. La frequenza per l'intera giornata prevede la colazione/merenda del mattino, il pranzo e la merenda pomeridiana.
Il menù giornaliero è affisso nella sala comune.
È possibile, in caso di documentate esigenze di natura sanitaria (diabete, allergie o intolleranze alimentari, disfagia, ecc.), richiedere diete personalizzate.
La gestione della cucina è attualmente effettuata da una ditta esterna.

- Servizi estetici e di cura della persona

Per gli ospiti che lo richiedano, è compreso nella retta un bagno assistito alla settimana.
Sempre a richiesta è possibile effettuare presso il C.D.I. il servizio di manicure e pedicure, alle tariffe indicate nell'allegato B.
Il servizio di parrucchiere è invece effettuato da esercizi commerciali esterni.

Art.3 – Obblighi dell'ente

Il Centro Diurno Integrato, a fronte del pagamento della retta si impegna, ai sensi della normativa vigente, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Alla stipula e al mantenimento dell'assicurazione per la responsabilità civile conforme alla normativa vigente nazionale e regionale attualmente contrattualizzata con Reale Mutua Assicurazioni nr. Polizza 2018/32331219
- Al rispetto della privacy dell'Ospite ai sensi del D.lgs.. 196/2003 e s.m.i.
- Alla predisposizione e aggiornamento della documentazione sanitaria e socio sanitaria;
- **Alla messa in sicurezza dei dati sensibili dell'Ospite, e all'accesso consentito e autorizzato solo del personale Socio Sanitario e Sanitario della struttura alla cartella clinica (fasas), tramite codici di accesso personalizzati.**
- Alla diffusione della Carta dei Servizi, che fa parte integrante del presente contratto, resa disponibile anche mediante pubblicazione sul sito aziendale e nelle bacheche presso la struttura, e delle relative modifiche.

L'Ente si impegna alla verifica al momento dell'ingresso che Ospite abbia le caratteristiche e manifesti le condizioni di bisogno previste per i Centri Diurni Integrati, assicurando per l'inserimento in struttura che la presa in carico avvenga secondo i criteri di appropriatezza, favorendo la continuità assistenziale e precisando che eventuali situazioni complesse saranno comunicate alla ASST o al Comune.

L'Ente si impegna, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, a rilasciare certificazione della retta ai fini fiscali, per i servizi che prevedono la compartecipazione al costo da parte dell'Ospite entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

Tale dichiarazione, sarà intestata a tutti i sottoscrittori de presente contratto. Eventuali diverse disposizioni dovranno essere presentate per iscritto dagli stessi sottoscrittori entro la fine di ogni anno solare a valere per l'anno successivo.

Art. 4 – Obblighi del contraente

L'ospite e/o il terzo si impegnano altresì:
-Al rispetto del regolamento di ospitalità che è parte integrante del presente contratto
- a rispettare le vigenti disposizioni interne ed aziendali, anche in materia di sicurezza, e prende/prendono atto di essere tenuti al rispetto dei principi e delle previsioni del "Modello di Organizzazione e Controllo" e del connesso Codice Etico adottati dalla Stazione Appaltante in ottemperanza al decreto legislativo 08.06.2001, n. 231, come pubblicati sul sito aziendale, che dà atto di conoscere e di accettare. Le presenti previsioni costituiscono parte integrante degli accordi negoziali instaurandi o istaurati e dispiegano i propri effetti fino al completamento del rapporto con l'Ente. Inoltre, l'Ospite (anche per il tramite di tutore / curatore / amministratore di sostegno) e/o il Terzo, viste le disposizioni di cui agli artt. 7, 8, 9 e 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, prende/prendono atto ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 che i dati forniti sono oggetto di trattamento da parte dell'Ente – in conformità delle norme vigenti e del Regolamento aziendale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari - per le finalità tutte connesse all'erogazione dei servizi richiesti e acconsente/acconsentono alla trattazione degli stessi.
Il contraente si impegna al pagamento della retta mensile (tramite contanti, bonifico bancario, bancomat o carta di credito) secondo quanto stabilito dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente entro e non oltre il 15 del mese.
L'importo giornaliero (espresso in allegato B) è da intendersi al netto del contributo sanitario regionale e con l'applicazione sulla ricevuta del bollo previsto dalla normativa vigente in materia.
L'Ente si riserva la facoltà di aumentare la retta sulla base dell'aumento dell'indice ISTAT, dei maggiori oneri derivanti dagli aumenti contrattuali del personale, dai maggiori oneri derivanti dagli adeguamenti a normative nazionali e regionali. Dette comunicazioni dovranno essere comunicate per iscritto all'Ospite e/o al terzo almeno 30 giorni prima dell'applicazione delle nuove tariffe.
Il ritardo nel pagamento della retta comporta l'applicazione di interessi di mora nella misura del 5%.

-Il contraente si impegna a comunicare all'Ente ogni modificazione del titolo giuridico di rappresentanza (tutore, amministratore di sostegno, ecc.) posseduto alla data di sottoscrizione del presente contratto, ed a consegnare al personale la relativa documentazione.
Eventuali modifiche al presente contratto hanno efficacia solo ove apportate per iscritto e sottoscritte da tutte le parti. Resta inteso che eventuali modifiche alla norma vigente devono intendersi automaticamente recepite dal presente contratto.

Art. 5 - Rette

Le tariffe sono indicate nella Carta dei Servizi, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente contratto e comprende le prestazioni elencate nell'art.9 del citato Regolamento di accesso al CDI.
Le tariffe vengono fissate dal Consiglio di Amministrazione, generalmente una volta l'anno; in caso di variazione, l'ente provvederà ad informare gli obbligati mediante comunicazione scritta, almeno 20 (venti) giorni prima dell'applicazione.

Art. 6 – Mancato pagamento della retta

In caso di mancato pagamento delle tariffe dovute, o parte di esse (o della parte a carico degli obbligati) per due mensilità consecutive, salvo diversi accordi di dilazione dei pagamenti previamente intervenuti con la Direzione, il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex art. 1456 c.c.
L'ente provvederà ad inviare una formale diffida nei confronti dell'Ospite e di ogni altro soggetto Fideiussore, a mezzo di raccomandata A.R., con invito a saldare quanto dovuto.
Ogni Fideiussore garantisce qualsiasi obbligazione che l'Ospite si trovasse in qualunque momento ad avere verso l'ente, ed in particolare l'adempimento delle obbligazioni pecuniarie dell'Ospite verso l'ente, in qualsiasi modo derivante dal presente contratto di ingresso.

Art. 7 – Assenze e ritardi

In caso di mancata frequenza da parte dell'Ospite (per assenze temporanee e/o ricoveri ospedalieri), la retta giornaliera, (commisurata alla frequenza abituale) dovrà essere comunque riconosciuta. Il Centro diurno si impegna a stornare l'importo corrispondente al costo del pasto (pari a 10€, giornata intera e 9€ mezza giornata) per ogni giorno di assenza dell'Ospite dal conteggio del mese successivo a quello di assenza.
Nel caso di variazioni di frequenza dovuti a ritardi dell'Ospite, l'importo della retta giornaliera resterà invariato rispetto a quello abituale.

Art. 8 – Dimissioni

L'Ente può procedere alla dimissione dell'Ospite nei seguenti casi:

1. In caso di decesso
2. mancato pagamento della retta per 2 mesi consecutivi.
3. sopravvenuta condizione che renda impossibile la permanenza dell'ospite presso il Centro Diurno Integrato, accertata e documentata dal Medico di struttura.

Qualora l'Ospite venga dimesso per ritardato o mancato pagamento, in ottemperanza alla normativa vigente, l'Ente si attiverà affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune o da ASST.
La risoluzione del contratto da parte dell'Ente gestore ha effetto e la dimissione può avvenire garantendo congruo preavviso all'Ospite e a qualsiasi obbligato in solido, ai quali i servizi dell'ente

daranno supporto per la ricerca di soluzioni alternative, anche con l'attivazione dei servizi sociali del Comune di residenza, fatto salvo il pagamento da parte dell'Assistito del periodo usufruito e degli interessi legali.
L'ente, garantisce la continuità assistenziale, rilasciando all'Ospite all'atto della dimissione o del trasferimento presso altro servizio, una relazione in cui sono evidenziate lo stato di salute, i trattamenti effettuati, l'eventuale necessità di trattamenti successivi e le informazioni utili al proseguimento del percorso assistenziale.

Art.9 – Recesso e risoluzione del contratto

Qualora l'Ospite e/o il Terzo intendano/intendano recedere dal presente contratto, dovrà/dovranno dare preavviso all'Azienda con comunicazione scritta almeno 8 giorni prima della data determinata. Il mancato rispetto del termine di preavviso comporta l'addebito della retta per i giorni di mancato preavviso. Il recesso non produrrà alcun effetto ove non coincida con la cessazione della degenza dell'Ospite, permanendo in tal caso l'obbligo al pagamento della retta diaria sino alla data di cessazione effettiva della frequenza. In caso di decesso dell'Ospite la retta viene computata sino al giorno dell'evento e la restituzione degli importi per le eventuali giornate di ricovero corrisposte in anticipo verrà effettuata entro 60 giorni dalla cessazione del ricovero. Resta fermo l'obbligo da parte dell'Ospite e/o del Terzo di corrispondere le eventuali rette arretrate e maturate fino alla data indicata nella disdetta come termine del ricovero o, in caso di ritardo nell'allontanamento dell'Ospite, fino al giorno della dimissione dello stesso.
Il presente contratto è a tempo indeterminato con facoltà di recesso con il preavviso di cui all'art.9 e non può essere ceduto dalle parti salvo che con il consenso delle stesse parti.

In caso di controversie sul contenuto, sulla esecuzione e sull'eventuale risoluzione del presente contratto, ivi compresi i rapporti di natura economica, è competente il foro di Varese.

Art. 10 – Oggetti e beni personali

Per ragioni igieniche e sanitarie non possono essere lasciati agli ospiti generi alimentari deperibili. È possibile che gli ospiti portino con sé o consegnino al personale in custodia piccoli generi di conforto non deperibili. In ogni caso tali generi di conforto devono sempre essere segnalati agli operatori socio-assistenziali.
È sconsigliato lasciare agli ospiti oggetti di valore o somme di denaro durante la frequenza al C.D.I. Ai sensi degli artt. 1783-1786 c.c. l'Ente risponde: 1) quando le cose dell'ospite gli sono state consegnate in custodia; 2) quando ha rifiutato di ricevere in custodia cose che aveva, ai sensi degli artt. 1783-1786 c.c., l'obbligo di accettare

L'Ente in riferimento a danaro contante e gli oggetti di valore può rifiutarsi di ricevere soltanto se si tratti di oggetti pericolosi o che, tenuto conto dell'importanza e delle condizioni di gestione del Centro Diurno Integrato, abbiano valore eccessivo o natura ingombrante. L'Ente può esigere che la cosa consegnatagli sia contenuta in un involucro chiuso o sigillato.

Art. 11 – Trattamento dei dati personali

I firmatari del presente contratto di ingresso, dichiarano di aver preso visione dell'informativa allegata, resa ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali, prestando il consenso ove richiesto.
Con la sottoscrizione del presente contratto, l'Ospite delega il/i signor/i ....., che pure sottoscrive/ono il presente atto, a formulare richieste, ricevere informazioni, al ritiro della documentazione relativamente alla sua persona e, in particolare, al suo stato di salute, durante il soggiorno presso l'ente.

Art. 12 – Modifiche al presente accordo in forma scritta e clausole finali

Il presente Contratto costituisce la manifestazione completa degli accordi raggiunti fra le Parti ed annulla e sostituisce qualsiasi eventuale, diversa e precedente pattuizione, anche verbale, tra le stesse intercorsa.
Le Parti si danno reciprocamente atto che l'eventuale nullità di una o più clausole non comporterà la nullità e lo scioglimento dell'intero Contratto, né della restante parte della clausola stessa e si impegnano a sostituire secondo buona fede le clausole invalide od inefficaci con altre che realizzino con quanto possibile la stessa funzione.
L'eventuale tolleranza di una delle Parti di comportamenti dell'altra costituenti violazioni delle disposizioni del presente Contratto non costituirà rinuncia ai diritti che derivano dalle disposizioni violate, né al diritto di esigere il corretto adempimento di tutti i termini e le condizioni stabilite dal Contratto.
Le Parti convengono che ogni modifica al presente Contratto dovrà necessariamente rivestire la forma scritta. La disapplicazione, anche reiterata, di una o più clausole del presente Contratto non può costituire abrogazione tacita.
Ogni modifica od integrazione al presente Contratto, per tanto, non sarà valida e vincolante se non risulterà dato o scritto debitamente firmato per accettazione da ambo le Parti.

Art. 13 – Durata, scadenza e divieto di cessione

Il presente contratto ha durata annuale dalla data di inizio indicata all'art.2 e viene tacitamente rinnovato di anno in anno. Il presente contratto non può essere ceduto dalle parti, salvo consenso scritto delle parti stesse, e in caso di estinzione o trasformazione della natura giuridica dell'ente o cause di forza maggiore.

Art.14 – Corredo personale
Al momento dell'ingresso l'ospite è dotato del corredo personale indicato nell'allegato C.

Art.15 – Orari di visita

Le visite agli ospiti da parte dei famigliari possono essere effettuate nell'orario di apertura del C.D.I.(Carta dei Servizi), previa comunicazione al personale.

Allegati

1. Carta dei Servizi del CDI
2. Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679
3. Tariffario (allegato B)
4. Corredo per l'inserimento dell'ospite (allegato C)
5. Regolamento del centro diurno (allegato D)
6. Documentazione da allegare alla richiesta di ammissione (allegato E)

Data …….

Il Direttore

Stella Fracassi ……

Il contraente …….

ALLEGATO B

Tariffario in vigore per l'anno 2025/2026

Rette di frequenza

GIORNATA TIPO		FREQUENZA	PRANZO	TOTALE
GIORNATA	**08.30 – 18.30**	**€ 40,00**	**€ 10,00**	**€ 50,00**
MATTINO	**08,30 – 14, 00**	**€ 26,00**	**€ 9,00**	**€ 35,00**
POMERIGGIO	**12,00 - 18, 30**	**€ 26,00**	**€ 9,00**	**€ 35,00**
CENA ASPORTO			**€ 9,00**	

Le tipologie di frequenza sono:

- dal lunedì al venerdì giornata intera
- dal lunedì al venerdì mattina con pasto
- dal lunedì al venerdì pomeriggio con pasto
- dal lunedì al venerdì cena da asporto (da prenotare 48 ore prima)

In caso di mancata frequenza o di assenza al centro verrà riconosciuta la retta di frequenza escluso il costo del pasto.

Nella retta è compresa, per gli ospiti che la richiedano (ove non ci sono controindicazioni mediche/sanitarie/assistenziali), l'esecuzione di un bagno assistito. (per la richiesta di bagno aggiuntivo il costo è di € 8,00).

Inoltre sono comprese tutte le procedure di igiene che vengono eseguite dal personale nel caso in cui l'ospite dovesse, per motivi contingenti, averne necessità.

Firma per presa visione ed accettazione

……..

ALLEGATO C

Corredo per l'inserimento dell'ospite presso il C.D.I.:

- Una confezione di presidi assorbenti, se utilizzati dall'ospite
- Farmaci che verranno assunti nel corso della permanenza al C.D.I., in confezione integra
- Un cambio di vestiario completo

Sarà cura del personale del C.D.I. richiedere per iscritto agli ospiti o ai famigliari i presidi o i farmaci in esaurimento.

Firma per presa visione ed accettazione

……..

ALLEGATO D

Regolamento del Centro Diurno Integrato

Il Centro Diurno Integrato è stato attivato da Il Centro s.r.l. impresa sociale sita in Via I Maggio, 10 a Malnate ed accoglie anziani autosufficienti o con una autonomia limitata per l'intero arco della giornata.

Offre alla persona anziana un'assistenza globale, pensata sulla base di piani di lavoro personalizzati che mirano a garantire la migliore qualità della vita possibile.

Art.1- Servizi erogati

Le prestazioni e i servizi che il C.D.I. può offrire sono:

- Attività socio-assistenziali
- Assistenza sanitaria
- Attività di animazione del tempo libero, di svago e culturali
- Fisioterapia e consulenza fisiatrica
- Assistenza religiosa
- Servizio mensa
- Prestazioni di igiene e cura dell'aspetto della persona

Art.2- Funzionamento

Il C.D.I. è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.

L'accompagnamento in struttura è competenza dell'ospite o dei famigliari.

E' previsto il servizio di accompagnamento in struttura da parte del Centro Diurno, sotto richiesta dell'Ospite o del familiare tramite pulmino, i costi variano in base ai km di distanza.

I Costi saranno definiti con il comparto amministrativo e sono da intendersi extra retta.

Art.3- Utenza

Il C.D.I. accoglie persone, autosufficienti o con una limitata autonomia:

- affette da patologie cronico-degenerative, fra le quali anche le varie forme di demenza, senza gravi disturbi comportamentali.
- sole, pur con un discreto grado di autonomia, a rischio di emarginazione dalle cure.
- inserite in un contesto famigliare o solidale per i quali l'assistenza domiciliare risulti insufficiente o eccessivamente onerosa.
- Che non usufruiscono di servizi residenziali socio-sanitari.

Art.4- Domande di ammissione

Le domande di ammissione, debitamente compilate, sono indirizzate al Coordinatore dell'Ente.

Il medico di riferimento, insieme al personale sanitario ed assistenziale, valuta le domande complete ed esprime parere circa l'ammissibilità del richiedente al C.D.I.
La domanda è inserita in una graduatoria stilata sulla base della data di presentazione e viene continuamente aggiornata ed approvata dalla Direzione.

Art.5 Rette e costi dei servizi

Il Consiglio di Amministrazione determina l'ammontare della retta giornaliera, del costo dei pasti e di eventuali specifici servizi.
La retta per il mese corrente deve essere versata entro il giorno 10 del mese. Il pagamento può essere effettuato secondo le modalità indicate sul contratto di ospitalità del C.D.I.
In caso di mancato pagamento della retta, senza giustificato motivo, per due mesi consecutivi, si procederà alle dimissioni dell'ospite.

Art.6-Rapporti con le famiglie

La famiglia è referente fondamentale del progetto individuale attivato a favore degli utenti e come tale viene coinvolta nella predisposizione dello stesso e nei momenti di verifica.
Gli utenti stessi ed i loro famigliari possono avanzare osservazioni o proposte in merito al funzionamento del C.D.I., dandone comunicazione scritta alla Direzione.

Firma per presa visione ed accettazione ……

ALLEGATO E

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE

- ✓ Fotocopia della carta d'identità in corso di validità
- ✓ Fotocopia della Carta Regionale dei Servizi (C.R.S.)
- ✓ Documentazione sanitaria:
    - Modulo compilato dal Medico di Medicina Generale
    - Documentazione relativa ad eventuali visite specialistiche recenti
    - Esiti degli ultimi esami ematici eseguiti
    - Lettere di dimissione da strutture ospedaliere
    - Lettere di dimissione dopo ricoveri per riabilitazione
- ✓ Fotocopia dei tesserini di esenzione dal ticket sanitario (tesserino rosa o verde).

Firma per presa visione …….

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA E DELLO STATO DI FAMIGLIA

(art. 46, D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ……..……

nato/a a …… il ……..……...

con residenza nel Comune di ……..……...

via ……, n. …..……..

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano; qualora si compili il modulo nelle righe che interessano, non si considera irregolarità la semplice dimenticanza di barrare la casella)

- ☐ di essere residente nel comune di ....., in via ……..……, n. ……., Cap. ……, dal .....;
- ☐ che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

……

(luogo e data)

……..…

IL/LA DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

MODULO INFORMATIVO PER L'AMMISSIONE

DA COMPILARE A CURA DELL'OSPITE RICHIEDENTE, DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O DEI FAMIGLIARI

DATI ANAGRAFICI:

Nome …… **Cognome** ……..

Sesso:

- ☐ Maschile
- ☐ Femminile: indicare il cognome del marito ……

Soprannome ……

Data di nascita …… **Luogo di nascita** …… **Provincia** ……

Luogo di residenza …….. **Provincia** ……..

Indirizzo ……..

Cittadinanza …… **ATS** (ex ASL) **di residenza** ……

CODICE FISCALE …… **TESSERA SANITARIA** ……..

SCOLARITA':

☐ Nessuna ☐ Scuole medie inferiori ☐ università
☐ Scuole elementari ☐ Scuole medie superiori

PROFESSIONE ATTUALE ……..

SE PENSIONATO/A, PRECEDENTE OCCUPAZIONE ……..

STATO CIVILE:

☐ celibe/nubile ☐ separato/a ☐ vedovo/a
☐ coniugato/a ☐ divorziato/a

Numero figli maschi …….. **Numero figlie femmine** ……..

RELIGIONE:

☐ nessuna ☐ musulmana ☐ altra confessione religiosa
☐ cristiana cattolica ☐ testimone di Geova ……
☐ ebraica

INIZIATIVA DELLA DOMANDA DI INGRESSO:

☐ soggetto stesso ☐ famigliare o affine ☐ altro ……..
☐ legale rappresentante ☐ assistente sociale

MOTIVO DELLA DOMANDA:

☐ perdita dell'autonomia ☐ vive solo ☐ altro ……
☐ la famiglia non è in grado di provvedere ☐ abitazione non idonea

SOGGETTO CON BUONO SOCIO-SANITARIO:

□ sì □ no □ in attesa

SOGGETTO CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO:

□ sì □ no □ domanda presentata

SOGGETTO IN A.D.I.:

□ sì

□ no

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

□ sì

□ no

TUTORE:

□ sì

□ no

ALTRO:

……

PROVENIENZA DEL RICHIEDENTE:

□ il soggetto accede alla struttura direttamente dal domicilio

□ il soggetto è in dimissione da struttura ospedaliera

□ il soggetto è in dimissione da struttura di riabilitazione

□ soggetto in dimissione da altra struttura (Centro Diurno Integrato, ricovero di sollievo, emergenza o pronto intervento)

□ altro ……

ONERE DELLA RETTA:

□ a totale carico dell'ospite/famigliare

□ a carico del Comune

□ differenza a carico del Comune

□ differenza a carico dell'ospite

□ differenza a carico di altri Enti

□ altro ……

PERSONE DI RIFERIMENTO/FAMIGLIARI:

COGNOME	NOME	PARENTELA/QUALIFICA	RECAPITO TELEFONICO 1	RECAPITO TELEFONICO 2

DATA

……..

FIRMA

……

Io sottoscritto_____

In qualità di :

- Coniuge
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Familiare / care giver

Del /la Signor/a _____ospite del Centro Diurno Integrato

De “Il Centro Impresa Sociale”, chiede che nei giorni di frequenza dell’ospite di cui sopra, vengano somministrate le seguenti terapie negli orari indicati , con la posologia e quantità già indicate nel foglio di terapia in vostro possesso:

FARMACO	ORARIO

Dichiaro inoltre che i farmaci in terapia qui non indicati vengono assunti presso il domicilio.

Data

_____

Firma

_____

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Insubria

SCHEDA DI INSERIMENTO

☐ RSA

☐ CDI

☐ MINIALLOGGI

☐ RICHIESTA DI INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche

Nome _____
Cognome_____

Nato a _____ il __ /__/ ____
Residente_____via/piazza _____n° ____

Parte per il Medico curante

Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcoolico, tabagismo)	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti	

Dispositivi in uso	Catetere vescicale ..... Sondino naso-gastrico ..... PEG ..... Catetere venoso centrale ..... Pace-maker ..... ICD (defibrillatore) ..... Tracheostomia ..... Stomie ..... Broncoaspirazione ..... Porth-a-cath ..... Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) ..... Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno ..... Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
• Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (*specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale),* diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) **ALLERGIE**	
Cadute negli ultimi sei mesi	☐ Si ☐ No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	❑ No ❑ Si specificare ....

	Stato nutrizionale	❑ Nella norma ❑ Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____ _____	
	Giudizio sulla stabilità clinica	❑ ***Stabile***	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
		❑ ***Moderatamente stabile***	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
		❑ ***Moderatamente instabile***	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
		❑ ***Instabile***	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
		❑ ***Acuzie***	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

	Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	***Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita:*** Si ☐ No ☐ ***Si richiede visita domiciliare:*** Si ☐ No ☐

data

.....

firma

.....

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Insubria

SCHEDA DI INSERIMENTO

☐ RSA
☐ CDI
☐ MINIALLOGGI
☐ RICHIESTA DI INVALIDITA'

Parte per la famiglia/caregiver

Informazioni anagrafiche

Nome _____
Cognome_____

Nato a _____ il __ /__/ ____
Residente_____via/piazza _____n° ____

Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato_____ Pensione SI' NO Ente erogatore_____ Invalidità SI' NO Codice invalidità_____
Modalità di gestione del reddito	Anziano stesso ☐ Familiare ☐ Amministratore ☐ Altro ☐
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Assistenza Primaria	Dott./Dott.ssa_____ Tel.....
Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)	
Provenienza Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro	

Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO ☐ SI' ☐ Specificare_____
Comportamenti auto lesivi	NO ☐ SI' ☐ Specificare_____
Fumo	NO ☐ SI' ☐
Alcol	NO ☐ SI' ☐
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo ☐ Necessita di stimolo o sorveglianza ☐ Deve essere imboccato ☐
Masticazione	Normale ☐ Difficoltà per cibi duri ☐ Mangia solo cibi molli ☐ Non si alimenta per bocca ☐
Protesi dentarie	NO ☐ SI' la usa ☐ SI' ma non la usa ☐
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo ☐
Bagno/doccia	Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo ☐

Parte per la famiglia/caregiver

	Continenza vescicale	Continente ☐ Non continente ☐ Uso di pannoloni ☐ Catetere ☐
	Continenza intestinale	Continente ☐ Non continente ☐ Uso di pannoloni ☐ Stomia ☐
	Uso dei servizi igienici	Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo ☐
	Capacità di vestirsi	Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Non autonomo ☐
	Vista	Normale ☐ Con lenti ☐ Ipo visus/cecità ☐
	Udito	Integro ☐ Con ausilio ☐ Ipoacusia/sordità ☐
	Capacità di leggere	SI' ☐ NO ☐
	Capacità di scrivere	SI' ☐ NO ☐
	Linguaggio	Normale ☐ Alterato ☐

Parte per la famiglia/caregiver

	Mobilità	Normale ☐ Con ausilio ☐ Protesi ☐ Allettato ☐
	Capacità di salire le scale	Normale ☐ Con ausilio ☐ Non in grado ☐
	Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	Autonomo ☐ Con aiuto ☐ Non in grado ☐
	Uso della sedia a rotelle	NO ☐ SI' ☐ Autonomo nell'uso SI' ☐ NO ☐
	Ausili utilizzati	Nessuno ☐ SI' ☐ Specificare quali_____ Di proprietà ☐ Fornito da _____ Il____/_____/
	Accetta la terapia	NO ☐ SI' ☐
	Assume la terapia autonomamente	NO ☐ SI' ☐
	Sonno - riposo	Normale ☐ Disturbato ☐ Insonnia ☐

Parte per la famiglia/caregiver

	Aggressività	SI' ☐ NO ☐ A volte ☐
	Tendenza alla fuga/perdersi	SI' ☐ NO ☐ A volte ☐
	Cadute negli ultimi 6 mesi	SI' ☐ Numero cadute_____ NO ☐
	Utilizza una contenzione	SI' ☐ Specificare_____ _____ NO ☐
	Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

	ALL'ATTO DEL RICOVERO, SI RACCOMANDA DI CONSEGNARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

data

.....

firma

.....

Io sottoscritto_____

In qualità di :

- Coniuge
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Familiare / care giver

Del /la Signor/a _____ospite del Centro Diurno Integrato

Dichiara che la frequenza dell'ospite di cui sopra avverrà nelle seguenti modalità:

GIORNO	MATTINA 08,30-14,00	POMERIGGIO 12,00-18,30	GIORNATA INTERA 08,30-18,30	CENA ASPORTO
LUNEDI'				
MARTEDI'				
MERCOLEDI'				
GIOVEDI'				
VENERDI'				

NOTE_____
_____

Data

_____

Firma

_____

CONSENSO PER SCATTARE FOTOGRAFIE PER MATERIALE ASSOCIATIVO

Data ……..

Il sottoscritto ……..

In qualità di

- ☐ ospite
- ☐ famigliare dell'ospite
- ☐ legale rappresentante (tutore, amministratore di sostegno, ecc.)

autorizzo il personale del Centro Diurno a scattare fotografie ed a pubblicarle sul materiale associativo.

Firma

……..

INFORMATIVA:

questo modulo di consenso riguarda le fotografie che verranno eventualmente scattate durante le iniziative proposte agli ospiti del Centro Diurno Integrato (feste, gite, sedute di fisioterapia, momenti animativi, ecc.) e che potrebbero essere utilizzate per l'inserimento nel materiale associativo (compilazione della cartella clinica informatizzata, esposizione negli spazi comuni, utilizzo per la stampa su opuscoli informativi, pubblicazione sul sito/pagina Facebook).

In caso l'autorizzazione **non** venga fornita, il personale avrà cura, prima di esporre o pubblicare le foto, di rendere non riconoscibile il viso degli ospiti. Inoltre la foto identificativa non potrà essere scattata né inserita nella cartella clinica informatizzata.

Firma per presa visione

……

Nel caso NON si intenda concedere l'autorizzazione relativa a questo modulo, esso dovrà comunque essere datato e firmato solo nell'area di firma per presa visione.

CONSENSO PER LA CURA DELL'IGIENE PERSONALE DELL'OSPITE

Data ……..

Il sottoscritto ……..

In qualità di

- ☐ ospite
- ☐ famigliare dell'ospite
- ☐ legale rappresentante (tutore, amministratore di sostegno, ecc.)

autorizzo il personale socio-assistenziale a prendersi cura della mia igiene personale/dell'igiene personale dell'ospite.

Firma

……..

INFORMATIVA:

questo modulo di consenso riguarda sia l'esecuzione delle procedure di mantenimento dell'igiene personale, quali il bagno assistito (se richiesto) e la sostituzione dei presidi assorbenti, sia le procedure di ripristino dell'igiene personale che si rendessero necessarie nel caso in cui l'ospite si sporchi accidentalmente o occasionalmente nel corso della permanenza del Centro Diurno.

In caso l'autorizzazione **non** venga fornita, il personale non potrà eseguire alcun tipo di azione sull'ospite; se si rendesse necessario provvedere al ripristino dell'igiene personale, e le condizioni dell'ospite fossero incompatibili con la permanenza in struttura, gli operatori potranno unicamente avvertire i famigliari, che saranno tenuti a riaccompagnare a casa il proprio congiunto; in questo caso il mantenimento dell'igiene sarà a carico della famiglia dell'ospite.

Firma per presa visione

……

Nel caso NON si intenda concedere l'autorizzazione relativa a questo modulo, esso dovrà comunque essere datato e firmato solo nell'area di firma per presa visione.

CONSENSO PER SVOLGERE ATTIVITA' RICREATIVE ALL'ESTERNO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Io sottoscritto_____

In qualità di :

- Coniuge
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Familiare / care giver

Del /la Signor/a _____ospite del Centro Diurno Integrato

Autorizzo il mio congiunto / assistito a svolgere attività ricreative e culturali all'esterno della struttura sotto la sorveglianza del personale del Centro Diurno Integrato.

Data Firma

_____ _____

INFORMATIVA

Questo modulo di consenso fa riferimento alle uscite nelle immediate vicinanze del Centro Diurno Integrato (giardino esterno) . In caso di uscite effettuate all'esterno del perimetro della struttura , i referenti dell'ospite verranno informati previa comunicazione e richiesta di autorizzazione scritta all'uscita guidata.

In caso il consenso richiesto in questo modulo non venga fornito, l'ospite non potrà accedere alle aree esterne e resterà all'interno dei locali del Centro Diurno Integrato. Verrà garantita in qualsiasi caso la sorveglianza all'ospite stesso.

Firma per presa visione

_____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO

(13 GDPR 2016/679)

Gentile Signora/ Egregio Signore,
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento GDPR", l'Impresa Sociale Il centro s.r.l. con sede legale in Malnate , in via I° Maggio 10, con codice fiscale 01299620128 in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari (ossia dati idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona), con riferimento alla attività che complessivamente può essere esercitata all'interno della azienda nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture, in quanto correlata al servizio di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione che Lei intendesse richiedere.
I dati personali sopra indicati saranno di seguito definiti congiuntamente come "Dati Personali".

Titolare del Trattamento.
L'impresa sociale con sede legale in Malnate, in via I° Maggio 10, con codice fiscale 01299620128, email di contatto info@ilcentrosrl.org

Finalità del trattamento e basi di legittimità
I Suoi dati personali sono/saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare per le finalità di seguito indicate:

1. Finalità di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione e attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, eventuali farmaci da somministrare, terapie da seguire, dieta alimentare.);
2. Comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) indicati specificamente dall'interessato, ove applicabile; solo su esplicito consenso.

I Suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Gestione della clientela	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.)	Esecuzione di un contratto, di cui l'interessato è parte (Art. 6 GDPR 2016/679)
Attività Centro Diurno	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Stato di salute – patologie attuali; Stato di salute – patologie pregresse; Stato di salute – terapie in corso; Sesso m/f	Manifestazione del consenso del soggetto interessato (Art. 6 GDPR 2016/679)
Tenuta dei registri contabili	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; corrispettivo della prestazione resa; descrizione della prestazione resa	Normativa Fiscale Nazionale
Adempimenti fiscali	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; corrispettivo della prestazione resa; descrizione della prestazione resa	Normativa Fiscale Nazionale

Modalità del trattamento
I Suoi Dati Personali saranno trattati – secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza – sia in forma cartacea che elettronica. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

Conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono raccolti, rispettando il principio di minimizzazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c) del GDPR, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nelle procedure aziendali adottate, rese disponibili all'interessato presso l'Ufficio amministrazione. Maggiori informazioni sono disponibili presso il Titolare ai recapiti sopra indicati.

Categorie di soggetti destinatari dei dati

Nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità sopra menzionate, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi dati personali, anche riguardanti il Suo stato di salute, 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, infermieri etc.);
- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni altamente qualificati per quella prestazione);
- organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, enti o autorità che agiscono nella loro qualità di titolari autonomi di trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Suoi dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle Autorità;
- l'ambito della comunicazione potrà essere esteso a favore di soggetti terzi aventi diritto e di chiunque l'interessato indichi espressamente come familiari, medico curante etc.
- fornitori di servizi (come consulenti) i quali agiscono tipicamente in qualità di responsabili del trattamento ex art. 28 del Regolamento – strettamente correlati e funzionali all'attività del Titolare.

L'elenco completo ed aggiornato dei destinatari dei dati potrà essere richiesto al Titolare, ai recapiti sopra indicati.

Ambito di diffusione dei dati e trasferimento dei dati personali extra UE

I Dati personali e i Dati particolari non sono/saranno oggetto di diffusione (intendendosi per tale, il dare conoscenza di dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione), fatta salva l'ipotesi in cui la diffusione sia richiesta, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza o da altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione accertamento o repressione di reati.Per quanto concerne l'eventuale futuro trasferimento dei Dati verso Paesi Terzi, il Titolare rende noto che l'eventuale trattamento nel rispetto della normativa ovvero secondo una delle modalità consentite dalla legge vigente, quali ad esempio il consenso dell'interessato, l'adozione di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea, la selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati (es. EU-USA). Maggiori informazioni sono disponibili presso il Titolare.

Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di accedere in qualunque momento ai dati che La riguardano, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti dall'art. 18 del GDPR, la revoca del consenso prestato ai sensi dell'art. 7 del GDPR, di ottenere la portabilità dei dati che La riguardano nei casi previsti dall'art. 20 del GDPR, nonché proporre reclamo all'Autorità di controllo competente ex articolo 77 del GDPR (Garante per la Protezione dei Dati Personali). Lei può formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei Suoi dati ex articolo 21 del GDPR nella quale dare evidenza delle ragioni che giustifichino l'opposizione: il Titolare si riserva di valutare la Sua istanza, che non verrebbe accettata in caso di esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgano sui Suoi interessi, diritti e libertà. Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare all'email sopra riportata.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

□ L'interessato _____

o

□ Il sottoscritto_____ In qualità di legale rappresentante, famigliare, convivente, amministratore di sostegno, curatore, tutore del signor/della signora _____

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg.Ue 16/679

autorizza il titolare del trattamento a poter comunicare i propri dati relativi allo stato di salute, ai soggetti di seguito indicati:

□ Familiari _____

□ Medico di Base_____

□ _____

ALTRESÌ

□ **presta** □ **non presta** il proprio consenso per la raccolta e la diffusione delle riprese fotografiche all'interno del Centro Diurno per la promozione e divulgazione delle attività svolte dal centro, per fini informativi e promozionali

□ **presta** □ **non presta** il proprio consenso per l'inoltro di email informative sulle iniziative – attività promozionali svolte dall'Associazone.

Data Firma

_____ _____

INFORMATIVA PRIVACY
PER LA GESTIONE DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679
D.lgs 101/2018

1. DATI DI CONTATTO

Titolare del Trattamento dei Dati personali:
"Il Centro s.r.l." Via primo Maggio 10 Malnate
P.Iva. 03727870127

2. OGGETTO E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La Società potrebbe acquisire tali informazioni sul suo conto:

DATI ACQUISITI IN FASE DI COLLOQUIO

- Nome e Cognome
- Luogo e Data di Nascita
- CF e all'occorrenza e P.IVA
- Mail e Numero di Telefono
- Titolo di Studio

DATI DA ACQUISIRE IN FASE PRESA INCARICO

- Diagnosi funzionale
- Visite mediche e specialistiche
- Relazioni e Valutazioni

AL BISOGNO

- Nome e Cognome del Familiare a cui è rivolta la legge 104

3. TEMPI DI CUSTODIA

I dati personali saranno custoditi per il tempo strettamente necessario per soddisfare gli obblighi di legge connessi.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI E TRASFERIMENTO DI DATI ALL'ESTERO

I dati forniti saranno trattati da **personale interno debitamente incaricato al trattamento**, che opera sotto il controllo dei **Responsabili del Trattamento.**

Stabilito che la diffusione dei dati avverrà per dare esecuzione agli obblighi di legge, o **in caso contrario previo suo esplicito consenso.**

I dati personali acquisiti non saranno diffusi nei Paesi Europei e/o extra europei, se non previo consenso.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati personali acquisiti.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In base al Reg.to UE 2016/679: Artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 - Diritti dell'Interessato.

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: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante; 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;

d. copia delle informazioni in nostro possesso in un formato comune e interoperabile;

e. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

Inoltre, l'interessato ha il diritto di:

f. revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;

g. proporre reclamo ad un'Autorità di Controllo;

Se la richiesta è scritta, è necessario inoltrarla mediante lettera raccomandata A/R, fax o posta elettronica presso la sede legale del titolare.

E' possibile richiedere al titolare, una "DICHIARAZIONE DI ATTESTAZIONE" idonea a certificare che le richieste avanzate siano state effettivamente risolte e portate a conoscenza di coloro ai quali erano stati precedentemente diffusi e comunicati i dati.

In quanto soggetto interessato, Lei potrà anche delegare una terza persona con una copia della procura ovvero della delega sottoscritta in presenza di un incaricato o sottoscritta e presentata unitamente a una fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento dell'interessato.

Il titolare è tenuto a dare riscontro alla richiesta entro 15 giorni dalla data di inoltro o 30 giorni nel caso in cui la risposta sia problematica, in ogni caso entro il 15 esimo giorno Le verrà data comunicazione scritta delle motivazioni del ritardo.

Data, 28.11.2019

Titolare del trattamento

Firma dell'Amministratore

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DELL' INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a

……

……

acquisite le informazioni contenute nell'informativa sopra riportata, autorizzo l'Impresa Sociale al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra espresse.

Malnate

Cognome.....

Nome.....

Firma

Leggibile.....