



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA (PV)
Tel. 0383 – 644406

Che cosa si deve presentare per fare domanda per il ricovero nelle RSA?

Alla **DOMANDA DI DEGENZA** è necessario allegare la seguente documentazione

- **FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITA'**
- **FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA**
- **FOTOCOPIA ATTESTATO ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET**
- **FOTOCOPIA ATTESTAZIONE INPS INVALIDITA' CIVILE L. 104/92**
- **EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE MEDICA RECENTE**

In che giorni bisogna consegnare le domande di ricovero?



**CONSEGNA PRESSO L'UFFICIO SEGRETERIA
A.S.P. "CARLO PEZZANI"
VIALE REPUBBLICA N. 86
27058 VOGHERA PV**

TELEFONO: 0383/644411 poi premere 1 uffici amministrativi e poi ancora 1 per segreteria

[Mail: segreteria@aspvoghera.it](mailto:segreteria@aspvoghera.it)

NEI SEGUENTI GIORNI:

Lunedì – Martedì – Mercoledì – Giovedì

dalle ore 09.00 alle ore 12.00 e dalle 14.00 alle 16.00

Venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00

ITER DELLA DOMANDA:

La domanda debitamente compilata verrà valutata dai medici e successivamente verrà inserita all'interno di una graduatoria



L'ACCETTAZIONE NELLE RSA 1 E RSA 2 DELL'ASP "CARLO PEZZANI" È SUBORDINATA ALL'ESITO DI UNA VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI FISICHE E PSICHICHE DEL SOGGETTO DA PARTE DEL COORDINATORE MEDICO DELL'ASP.

Successivamente, quando si renderà disponibile un posto letto presso l'ASP PEZZANI, l'Ufficio Segreteria contatterà telefonicamente per informare circa la disponibilità all'ingresso e comunicherà il giorno e l'ora del ricovero che dovrà essere effettuato nelle 48 h successive alla chiamata.



E per quanto riguarda la retta?

RETTE IN VIGORE NELLE RSA1 E RSA 2 A PARTIRE DAL 1° GENNAIO 2025

Retta mensile Ospiti Accreditati

CAMERA DOPPIA € 2.047,00

Retta giornaliera camera doppia € 67,30

IVA: ESENTE

Dalla retta sono esclusi i seguenti servizi/prestazioni:

- ✓ Servizio di trasporto con autolettighe
- ✓ Taglio capelli, colore, permanente, podologia curativa
- ✓ Assistenza per visite in ospedale
- ✓ Servizi funebri

CAMBIO RESIDENZA E MEDICO MMG:

Il giorno dell'ingresso in struttura la segreteria cambierà la residenza dell'ospite presso ASP Carlo Pezzani in viale della Repubblica n.86, Voghera e provvederà anche al cambio del medico di MMG (medico di base) che coinciderà con il Coordinatore Sanitario della struttura.

DIMISSIONI:

Eventuali dimissioni volontarie devono essere comunicate alla Direzione Medica e all'Ufficio Ragioneria con **almeno 15 giorni di preavviso**, come da Regolamento di Gestione (disponibile sul sito istituzionale dell'Ente)



Come si svolgerà il ricovero?

- ❖ Il nuovo Ospite verrà accolto nella camera che si è resa disponibile.
- ❖ L'équipe predispone tutta la documentazione necessaria per la compilazione del Fascicolo socio sanitario. Il giorno dell'ingresso l'I.P. e l'ASA/OSS accoglieranno, insieme al medico, il nuovo Ospite e il suo familiare.
- ❖ L'Infermiera professionale e l'ASA/OSS in turno provvedono ad accompagnare in camera l'ospite e a sistemare gli effetti personali e a fornire le prime informazioni sull'organizzazione della Struttura.
- ❖ I Familiari incontrano il medico di struttura per la raccolta dei dati anamnestici per la compilazione del Fascicolo Socio Sanitario e successivamente l'Infermiera professionale in turno per raccogliere le notizie inerenti i bisogni assistenziali e le abitudini dell'ospite.
- ❖ Viene inoltre effettuato un colloquio con gli Animatori per una prima conoscenza delle attitudini, propensioni e capacità residue dell'ospite.

Il medico provvederà ad effettuare una visita medica al nuovo Ospite con relativo esame obiettivo generale e proporrà eventuale inserimento in servizio di FISIOTERAPIA. Le Infermiere professionali provvederanno alla rilevazione e successiva registrazione dei parametri vitali, del peso e della temperatura dell'ospite.



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

CORREDO CONSIGLIATO ALL'INGRESSO

Sig. _____ Data ingresso _____ Stanza/Nucleo _____

Persona di riferimento _____ Tel. n. _____

CORREDO DA CONCORDARE CON GLI OPERATORI DEL SERVIZIO GUARDAROBA

(segnare il numero di capi forniti all'ospite e riconsegnare la scheda al personal del servizio guardaroba)

All'ingresso, i familiari devono codificare con pennarello indelebile/etichette cucite tutti i capi indicati nella tabella con il COGNOME dell'ospite, IN STAMPATELLO E IN MODO LEGGIBILE. Consegnare il corredo al personale del Guardaroba il giorno dell'ingresso, che depositerà nel Nucleo i capi.

n. capi	Descrizione	Note
5	Asciugamani per viso	
2	Teli da bagno	
8	Fazzoletti in cotone	
7	Camicia da notte o pigiami in maglia di cotone	
12	Mutande	Se utilizzate
7	Maglia intima in cotone o misto lana	Lavabile in lavatrice a 60°C*
7	Paia di calze "sanitari" prive di elastico o calze autoreggenti	
7	Tute (pantaloni + felpa/cardigan)	Lavabile in lavatrice a 60°C*
7	Maglie (manica corta e/o manica lunga) da accompagnare ai pantaloni	
2	Paia di pantofole/ciabatte (lavabili), scarpe con spazzola (se utilizzate)	
8	Bavaglie in spugna cm 60x45	Conservate nell'armadio della sala da pranzo del nucleo
2	Mantelline o golf misto lana	Lavabili in lavatrice a freddo

1	Prodotti cura del corpo (Rasoio elettrico/rasoi usa e getta; deodorante; spazzolino da denti, dentifricio; pettine, spazzola per capelli, prodotti di bellezza personali; pasta, compresse e contenitore per dentiera, ecc.)	In caso di rottura, gli effetti personali vanno sostituiti a carico dei familiari
5	T-shirt bianche in cotone manica corta	

IN CASO DI USURA DEI CAPI, I FAMILIARI SONO PREGATI DI PROVVEDERE ALLA SOSTITUZIONE DEGLI STESSI AL CAMBIO STAGIONALE CONSEGNAANDOLI AL GUARDAROBA.

CORREDO NECESSARIO IN CASO DI RICOVERO CONSERVATO IN UNA BORSA NELL'ARMADIO DELL'OSPITE

N. 1 CAMICIA DA NOTTE/PIGIAMA	N. 1 MAGLIETTA INTIMA IN COTONE
N. 1 ASCIUGAMANO PER VISO+OSPITE	N. 1 PAIO DI CALZINI
N. 1 PAIO DI MUTANDE (SE UTILIZZATE)	N. 1 PAIO DI CIABATTE
N. 1 SAPONE LIQUIDO, SPAZZOLINO DA DENTI, PETTINE	N. 1 PANNOLONE

SI PRECISA CHE IL LAVAGGIO DEGLI INDUMENTI E DELLA BIANCHERIA VIENE EFFETTUATO CON MACCHINE INDUSTRIALI A TEMPERATURE ELEVATE (60°).

SI DECLINA OGNI RESPONSABILITA' IN CASO DI DETERIORAMENTO DEI CAPI IN CONSEGUENZA DEL MANCATO RISPETTO DELLE INDICAZIONI FORNITE NELLE NOTE.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI E CONSEGNA DEI CAPI RICHIESTI RIVOLGERSI AL PERSONALE DEL GUARDAROBA (0383.644446) - SIG.RA FRATTINI FABIANA (DA LUNEDÌ A VENERDÌ DALLE 08.30-12.00 E DALLE 13.00-16.30).



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA PV

SCHEDA SOCIALE RSA

Cognome e Nome _____

Stato civile: _____ Cognome /Nome del coniuge _____

Scolarità: n° _____ Anni di Studio

Grado di Istruzione: _____

Posizione professionale precedente _____

N° figli viventi maschi |__|e loro stato civile _____

N° figli viventi femmine |__|e loro stato civile _____

I parenti abitano: Vicino Lontano

Condizione abitativa precedente al ricovero: _____

Persone conviventi _____

Amministratore di Sostegno NO SI _____

Eventi avversi negli ultimi mesi SI NO

(Es: morte di parenti prossimi, divorzio/separazione, cambio residenza, sfratto, malattia grave di un componente della famiglia)

Attività Sociali

Lettura (libri e giornali) SPESSO POCHЕ VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE
MAI

Lavori manuali SPESSO POCHЕ VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE MAI

Fa o riceve telefonate SPESSO POCHЕ VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE MAI

Gioca a carte o ad altri giochi di società SPESSO POCHЕ VOLTE AL MESE
OCCASIONALMENTE MAI

Guarda la televisione/ascolta musica SPESSO POCHЕ VOLTE AL MESE
OCCASIONALMENTE MAI



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA PV

SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome e Nome _____

Paternità _____ Maternità _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ data ____ \ ____ \ ____ \

Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Pensione/ente _____ Cat. _____ n. _____

Importo mensile _____

N° Carta Regionale dei Servizi _____

Esenzione ticket n. _____

Usufruisce di buono sociosanitario? NO SI -domanda presentata SI NO

Usufruisce di assegno di accompagnamento? SI NO - domanda presentata SI
 NO

Usufruisce di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? SI NO

Indirizzo e numero di telefono della persona a cui rivolgersi in caso di necessità:
(specificare il grado di parentela)

Gentile Medico di Medicina Generale,
 la scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in RSA. L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA. La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome _____

data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Quadro clinico: Patologie principali

INDICE DI COMORBILITA	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie cardiache (solo cuore) Portatore di Pacemaker [] si [] no		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa (valutare severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio Polmoni, bronchi, trachea sotto laringe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie genito-urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato muscolo-scheletro e cute (muscoli, scheletro, tegumenti)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (SNC, SNP; NO DEMENZE)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (INCLUDE DEMENZE; depressione, ansia, agitazione, psicosi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MALATTIE INFETTIVE (in atto)
INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (ultimi 12 mesi)

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI

AUTONOMIA NEL MOVIMENTO	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessita uso di sollevatore <input type="checkbox"/> allettato
UTILIZZO AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> girello <input type="checkbox"/> altro _____
INCONTINENZA URINARIA	<input type="checkbox"/> SI presidi di assorbenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
INCONTINENZA FECALE	<input type="checkbox"/> SI presidi di assorbenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
CATETERE VESCICALE	<input type="checkbox"/> SI TIPO _____ CH _____ Data posizionamento _____ <input type="checkbox"/> NO
OSSIGENOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SI continua <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO discontinua <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
VENTILAZIONE	<input type="checkbox"/> SI invasiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO non invasiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
CATETERE VENOSO CENTRALE	<input type="checkbox"/> SI tipo _____ sede _____ <input type="checkbox"/> NO
LESIONI DA PRESSIONE	<input type="checkbox"/> SI sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> NO
ALTRE LESIONI CUTANEE (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> SI sede _____ Sede _____ <input type="checkbox"/> NO
CADUTE RICORRENTI	<input type="checkbox"/> SI specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> NO
MALATTIE DERMATOLOGICHE	<input type="checkbox"/> SI specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> NO

DEFICIT SENSORIALI

IPOVISUS	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Corretta con occhiali <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
IPOACUSIA	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Corretta con protesi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma /stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit della memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Disorientamento <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Crisi d'ansia, attacchi di panico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Wondering /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Mezzi di protezione e tutela (contenzione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso
Altro

PROBLEMI E CONDIZIONI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE

Peso corporeo	KG _____
Altezza	CM _____
Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG
Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> centrale
Allergie/intolleranze alimentari	

ULTERIORI INFORMAZIONI, INDICARE TASSATIVAMENTE LE VACCINAZIONI (COVID-19 E DI ALTRA NATURA), CON SPECIFICA DELLA DATA

TERAPIA FARMACOLOGICA:

NON ASSUME TERAPIA FARMACOLOGICA

TERAPIA IN ATTO

(campo obbligatorio di compilazione da parte del Medico Curante)

<i>Farmaco/principio attivo</i>	<i>Posologia</i>	<i>Orari di somministrazione</i>

Data: ___/___/___

Timbro Medico Medicina generale

Firma

Recapito telefonico



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA A.S.P. "CARLO PEZZANI"

C.F. 86000150184 - P. IVA 00990490187

V.le Repubblica, 86 - 27058 VOGHERA

Tel. 0383 644406

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Egr. / Gentile _____

ai sensi della normativa indicata, il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni.

Titolare del Trattamento

Azienda Servizi alla Persona A.S.P. "Carlo Pezzani" con sede in viale della Repubblica 86 – Voghera, tel. 0383/644406, e-mail segreteria@aspvoghera.it, PEC aspcarlopezzani@legalmail.it nella persona del Suo Legale Rappresentante *pro tempore*

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)

tel. 0490998416 e-mail dpo@robbyone.it, PEC dpo.robbyone@ronepec.it

TRATTAMENTO DATI PERSONALI ANAGRAFICI, IDENTIFICATIVI, DI CONTATTO, FISCALI, BANCARI NONCHE' PARTICOLARI (ART. 9 GDPR) E GIUDIZIARI (ART. 10 GDPR)

Informazioni sui dati raccolti

FINALITÀ TRATTAMENTO

I Dati forniti dall'interessato e/o dal familiare di riferimento, del Tutore, dell'Amministratore di sostegno, verranno utilizzati avendo come fine istituzionale l'erogazione dei servizi di assistenza, cura e riabilitazione per gli ospiti della Struttura.

In particolare, i dati conferiti verranno trattati per:

- A) La presa in carico della richiesta di ingresso in Struttura presentata ed altresì per l'eventuale successivo rapporto contrattuale stipulato;
- B) Finalità amministrativo- contabili legate alla gestione della richiesta presentata;
- C) Adempimento degli obblighi di legge connessi al rapporto precontrattuale e contrattuale;
- D) Collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di legge;
- E) Analisi statistiche anonime.

LICEITÀ TRATTAMENTO

Finalità A, B ed E:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6 lett. *b* del GDPR).

Finalità C e D:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6 lett. *c* del GDPR).

Il trattamento dei Suoi dati particolari di cui all'art. 9 del GDPR che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all'orientamento sessuale, sarà effettuato per la corretta gestione della domanda di ingresso in Struttura, previo rilascio del suo consenso espresso (art. 9, par. 2 lett. *a* del Regolamento UE 2016/679 – GDPR).



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA A.S.P. "CARLO PEZZANI"

C.F. 86000150184 - P. IVA 00990490187

V.le Repubblica, 86 - 27058 VOGHERA

Tel. 0383 644406

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Finalità C e D:

Codice Civile Libro V; Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; D.lgs. 30-12-1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, art. 8"; DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"; Legge 69/2009 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile"; Legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"; D. Lgs 14 marzo 2013, n. 33 ss.mm. "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"; Legge 104/1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"; Regolamento Europeo 679/2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D. lgs 196/2003 e s.m.i.; D. Lgs. 101/2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE".

CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI

Personale dell'Ente espressamente autorizzato al trattamento dei dati; Assistenti sociali; Enti previdenziali ed assistenziali; Società che gestiscono reti informatiche e telematiche e elaboratori di dati; Società di servizi postali; Comune per esigenze di assistenza sociale ed integrazione rispetto alle prestazioni socio-sanitarie; Regione per finalità di controllo della spesa sanitaria e dell'attività di erogazione delle prestazioni; Enti pubblici collegati all'Ente e/o al servizio cui la domanda di inserimento inerisce.

TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO: NO

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati conferiti in sede di "domanda di ingresso", saranno conservati fino al perfezionamento della stessa e successivamente inseriti all'interno della cartella dell'ospite. Nel caso di mancato inserimento, i dati verranno conservati per un tempo non superiore ad anni cinque dal loro conferimento.

OBBLIGATORIETÀ FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'adempimento delle misure precontrattuali richieste. In mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio.

FONTE DI ORIGINE DEI DATI

Raccolti presso l'interessato, il familiare di riferimento, il Tutore, l'Amministratore di Sostegno; forniti da Enti connessi alla gestione del servizio di ospitalità.

ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI

Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente.

Modalità del trattamento

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA A.S.P. "CARLO PEZZANI"

C.F. 86000150184 - P. IVA 00990490187

V.le Repubblica, 86 - 27058 VOGHERA

Tel. 0383 644406

disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:

- revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);

ed altresì

- accesso ai dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679 – GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano (art. 16, 17 e 18 Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy www.garanteprivacy.it) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Io sottoscritto codice fiscale, dichiaro di aver **ricevuto, letto e compreso** l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo, data

Firma dell'Interessato _____

OPPURE

Io sottoscritto/a _____ (C.F. _____) in qualità di _____ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) dell'Ospite C.F. dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo, data

Firma _____



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA A.S.P. "CARLO PEZZANI"

C.F. 86000150184 - P. IVA 00990490187

V.le Repubblica, 86 - 27058 VOGHERA

Tel. 0383 644406

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI DI CUI ALL'ART. 9 DEL GDPR

Il sottoscritto (C.F.) presa visione dell'informativa allegata al presente documento, esprime la propria volontà in merito al **trattamento dei propri dati particolari**, così come esplicitato in informativa, per la corretta gestione della domanda di ingresso in Struttura.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:

- revoca del consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);

ed altresì

- accesso ai dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679 – GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano (art. 16, 17 e 18 Regolamento UE 2016/679 – GDPR);
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy www.garanteprivacy.it) (art. 15, par. 1, lett. f Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

L'esercizio dei Suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta a mezzo e-mail al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Luogo, data

Firma dell'Interessato _____

OPPURE

Io sottoscritto/a _____ (C.F. _____) in qualità di _____ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento) dell'Ospite (C.F.), dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016, ed esprimo il consenso per conto di, C.F. le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e quindi una consapevole espressione di valido consenso.

Luogo, data

Firma _____