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 l'ingresso nel CDI?*

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

- **CERTIFICAZIONE SANITARIA PERSONALE**
- **SCHEDA SOCIALE**
- **SCHEDA ANAGRAFICA**
- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

• *In che giorni bisogna consegnare le domande?*

CONSEGNA PRESSO L'UFFICIO SEGRETERIA –
A.S.P. "CARLO PEZZANI"
VIALE REPUBBLICA N. 86
27058 VOGHERA PV
TELEFONO: 0383/644406
Mail: segreteria@aspvoghera.it

NEI SEGUENTI GIORNI:

Lunedì – Martedì – Mercoledì – Giovedì
dalle ore 09.00 alle ore 12.00 e dalle 14.00 alle 16
***Venerdì* dalle ore 09.00 alle ore 12.00**

LA DOMANDA RICONSEGNATA E DEBITAMENTE COMPILATA VERRA' INSERITA ALL'INTERNO DI UNA GRADUATORIA

Allegati alla domanda vanno presentati i seguenti documenti:

- **FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITA'**
- **FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA**
- **FOTOCOPIA ATTESTATO ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET**
- **FOTOCOPIA ATTESTAZIONE INPS INVALIDITA' CIVILE L. 104/92**
- **CERTIFICATO DEL MEDICO DI BASE SU CARTA INTESTATA CON INDICAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (ORARI DEI FARMACI DA SOMMINISTRARE)**
- **DOCUMENTI DI VISITA SPECIALISTICHE ESEGUITE (ES. FISIATRICHE, ORTOPEDICHE E NEUROLOGICHE)**

L'ACCETTAZIONE NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO DELL'ASP "CARLO PEZZANI" È SUBORDINATA ALL'ESITO DI UN COLLOQUIO CON I FAMILIARI E IL FUTURO OSPITE, DA PARTE DEL COORDINATORE SANITARIO DELL'ASP., IL QUALE VALUTERA' CHE LE CONDIZIONE FISICHE E PSICHICHE DEL SOGGETTO SIANO COMPATIBILI CON LA VITA COMUNITARIA DEL CDI.

Successivamente, l'Ufficio Segreteria contatterà telefonicamente per informare circa il giorno e l'ora dell'ingresso al CDI.

E per quanto riguarda la retta?

RETTE IN VIGORE PRESSO IL CENTRO DIURNO INTEGRATO A PARTIRE DAL 1 OTTOBRE 2019:

Retta mensile
EURO 500,00
Retta giornaliera 16,44 €
IVA ESENTE

Dalla retta sono esclusi i seguenti servizi/prestazioni:

- ✓ Visite specialistiche e/o esami di laboratorio
- ✓ Trasporto con autolettighe
- ✓ Fornitura di farmaci, presidi e ausili per la deambulazione
- ✓ Parrucchiere, barbiere e pedicure
- ✓ Il lavaggio degli indumenti

DIMISSIONI

Eventuali dimissioni volontarie devono essere comunicate all'Ufficio Segreteria e all'Ufficio Ragioneria come da Regolamento di Gestione, che viene consegnato ai familiari dell'ospite il giorno dell'ingresso in struttura, unitamente alla Carta dei Servizi.

SERVIZIO DI TRASPORTO

Si informa che è attivo un servizio di trasporto da e per CDI per tutti i giorni della settimana festivi compresi gestito da "La Sveglia Coop. Sociale Onlus", il costo del servizio è il seguente:

- il prezzo giornaliero per il servizio di trasporto per e dal CDI applicato agli ospiti residenti a Voghera è di euro 6,60 (6,00 + iva al 10%);
- il prezzo giornaliero per il servizio di trasporto per e dal CDI applicato agli ospiti residenti nei comuni limitrofi a Voghera è di euro 18,70 (17,00 + iva al 10%);

Il pagamento per l'utilizzo del servizio di trasporto dovrà essere effettuato entro una settimana dal ricevimento della fattura mensile rilasciata da "La Sveglia Coop. Sociale Onlus" (verrà consegnata agli ospiti e/o ai familiari dal referente del servizio) al seguente IBAN: IT61 P030 6909 6061 0000 0151 546 , con causale "servizio di trasporto del mese di riferimento + indicazione del nome e cognome dell'ospite".

Data di ricevimento domanda:

______________\

Al Signor Presidente
A.S.P. "Carlo Pezzani"
Viale Repubblica, n. 86
27058 Voghera (PV)

Domanda di INSERIMENTO PER RSA E CENTRO DIURNO INTEGRATO

__l__ sottoscritt __ Nome e Cognome_____

Codice Fiscale_____

nat__ a _____ Prov. di _____ il _________\ e residente in

Via _____n. ____ a _____

Prov. di _____ in qualità di _____

del__ signor__ Nome e Cognome_____

chiede l'istituzionalizzazione

presso codesta RSA del__ suddett__ Signor_____

nat__ a _____ Prov. di _____ il _________\ e residente in

Via _____n. ____ a _____Prov___

in qualità di:

|_| ospite accreditato RSA (retta 62.34 €/die –1.896,00 € mensile)

|_| ospite accreditato CENTRO DIURNO INTEGRATO (retta 16.44€/die –500,00 € mensile)

Con la presente, si impegna sin d'ora, a corrispondere all'Amministrazione di codesto Istituto l'importo della retta in vigore, accettando, nel contempo, gli eventuali aumenti che verranno apportati alla retta stessa.

Fiducios__ nell'accoglimento della presente, anticipatamente ringrazia e porge i più cordiali saluti.

Voghera, ___________\ Firma

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 socio-sanitario? ☐ si ☐ domanda presentata ☐ no

Usufruisce di assegno di accompagnamento? ☐ si ☐ domanda presentata ☐ 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)_____

_____

_____

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

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA PV

SCHEDA SOCIALE

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 □SI _____ □NO

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□ POCHE VOLTE AL MESE□ OCCASIONALMENTE□ MAI□

Lavori manuali SPESSO□ POCHE VOLTE AL MESE□ OCCASIONALMENTE□ MAI□

Fa o riceve telefonate SPESSO□ POCHE VOLTE AL MESE□ OCCASIONALMENTE□ MAI□

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

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

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

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"
SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

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		☐	☐	☐	☐	☐
Ipertensione arteriosa (valutare severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)		☐	☐	☐	☐	☐
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)		☐	☐	☐	☐	☐
Apparato respiratorio Polmoni, bronchi, trachea sotto laringe)		☐	☐	☐	☐	☐
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		☐	☐	☐	☐	☐
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)		☐	☐	☐	☐	☐
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)		☐	☐	☐	☐	☐
Fegato (solo fegato)		☐	☐	☐	☐	☐
Rene (solo rene)		☐	☐	☐	☐	☐
Apparato riproduttivo e altre patologie genito-urinarie (mammella, ureteri,vescica,uretra,prostata,genitali)		☐	☐	☐	☐	☐
Apparato muscolo-scheletro e cute (muscoli,scheletro,tegumenti)		☐	☐	☐	☐	☐
Patologie sistema nervoso (SNC, SNP; **NO DEMENZE**)		☐	☐	☐	☐	☐
Patologie sistema endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)		☐	☐	☐	☐	☐
Stato mentale e comportamentale **(INCLUDE DEMENZE;** depressione, ansia, agitazione, psicosi)		☐	☐	☐	☐	☐

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"
SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

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

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI

AUTONOMIA NEL MOVIMENTO	*☐ senza aiuto/sorveglianza* *☐ utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento* *☐ necessita di aiuto costante per la deambulazione* *☐ mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto* *☐ necessita uso di sollevatore* *☐ allettato*
UTILIZZO AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE	*☐ bastone* *☐ carrozzina* *☐ deambulatore* *☐ girello* *☐ altro_____*
INCONTINENZA URINARIA	*☐ SI presidi di assorbenza? ☐ SI ☐ NO* *☐ NO*
INCONTINENZA FECALE	*☐ SI presidi di assorbenza? ☐ SI ☐ NO* *☐ NO*
CATETERE VESCICALE	*☐ SI TIPO _____ CH_____* *Data posizionamento_____* *☐ NO*
OSSIGENOTERAPIA	*☐ SI continua ☐ SI ☐ NO discontinua ☐ SI ☐ NO* *☐ NO*
VENTILAZIONE	*☐ SI invasiva ☐ SI ☐ NO non invasiva ☐ SI ☐ NO* *☐ NO*
CATETERE VENOSO CENTRALE	*☐ SI tipo_____sede_____* *☐ NO*
LESIONI DA PRESSIONE	*☐ SI sede_____ stadio ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV* *sede_____ __ stadio ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV* *☐ NO*
ALTRE LESIONI CUTANEE (incluse ferite chirurgiche)	*☐ SI sede_____* *Sede _____* *☐ NO*
CADUTE RICORRENTI	*☐ SI* *specificare_____* *_____* *☐ NO*

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"
SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

DEFICIT SENSORIALI

IPOVISUS	***[ ] no [ ] si*** *Corretta con occhiali* ***[ ] no [ ] si***
IPOACUSIA	***[ ] no [ ] si*** *Corretta con protesi* ***[ ] no [ ] si***

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

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

PROBLEMI E CONDIZIONI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE

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

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@robyone.it , PEC dpo.robyone@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).

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

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_____

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***

<u>Diritti degli Interessati</u>

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_____