

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

Nome: _____

Residente a: _____

Tipo ricovero:

Permanente		Temporaneo		Diurno	
------------	--	------------	--	--------	--

In convenzione	
----------------	--

<input type="checkbox"/>	Domanda
<input type="checkbox"/>	Impegnativa
<input type="checkbox"/>	S.V.A.M.A.
<input type="checkbox"/>	Notifica consenso trattamento dati
<input type="checkbox"/>	Richiesta U.O.D.
<input type="checkbox"/>	Soggetto autosufficiente
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Documenti (da presentare in caso di accoglimento)
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Accolto
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Dimesso

Annotazioni:

--

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AI SERVIZI OFFERTI
DAL CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI**

Servizio Residenziale
Soggiorno temporaneo
Centro Diurno
In convenzione

Alla Direzione del
**CENTRO DI SERVIZI PER ANZIANI “CASA
SANTA MARIA DÈ ZAIRO”**
Via Milan, 26
31059 – Zero Branco (TV)

...L... sottoscrit.....

residente a(Prov.____), Cap._____

via, nr. __, Tel n. _____

in qualità di

chiede l'accoglimento di

nato/a a(Prov.____), il

residente a(Prov.____), Cap._____

via, nr. __, Tel n. _____

presso il **Centro di Servizi per Anziani**, impegnandosi fin d'ora, assumendo formale
impegno, valido per sé ed aventi causa, di accettare tutte le disposizioni, norme e regolamenti
della struttura.

..... lì

.....
(firma del richiedente)

.....
(firma dell'interessato)

Documenti allegati:

- Dichiarazione di impegnativa
- S.V.A.M.A. Valutazione sanitaria
- Notifica consenso al trattamento dei dati

DICHIARAZIONE DI IMPEGNATIVA

Il sottoscritto/ I sottoscritti

1	Cognome e Nome	Nato a		Data di nascita	
	Residente a	Cap	Via	N°	Telefono

2	Cognome e Nome	Nato a		Data di nascita	
	Residente a	Cap	Via	N°	Telefono

segue

dichiara/no di volersi impegnare in solido al pagamento dell'onere corrente e futuro derivante dalla permanenza di (di seguito indicato come Ospite)

nato/a a(Prov.____), il

residente a(Prov.____)

presso il **Centro di Servizi per Anziani**, assumendo formale impegno, valido per sé, eredi ed aventi causa:

- di aver preso visione delle rette giornaliere di degenza, in allegato alla presente;
- di corrispondere, al momento dell'ingresso, un anticipo di retta, che verrà comunicato al momento dell'inserimento;
- di corrispondere puntualmente la retta mensile, entro 8 giorni dal ricevimento della fattura;
- di accettare e corrispondere ogni variazione di retta che dovesse intervenire con deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Cooperativa Insieme Si Può, ente gestore del Centro, compresa quella conseguente alle mutate condizioni di autosufficienza e non autosufficienza dell'ospite;

- ❑ di rifondere tempestivamente tutte le spese extra pagate per conto dell’Ospite dal **Centro di Servizi per Anziani**, compresi eventuali danni arrecati;
- ❑ di ritirare in qualunque momento, per esigenze del **Centro di Servizi per Anziani**, la persona indicata;
- ❑ di conoscere ed accettare in ogni sua parte tutte le norme contenute nel **Regolamento** del Centro di Servizi per Anziani.

Dichiara/no, inoltre, che il/la Sig/Sig.ra

Cognome e nome			
Nato/a	Il	Residente a	Telefono

si impegna a mantenere i rapporti con il **Centro di Servizi per Anziani** e a curare tutti gli adempimenti connessi all’accoglimento – compreso il puntuale versamento di un anticipo retta, delle rette mensili ed ogni altra spesa; si assume questa obbligazione e si impegna a svolgerla con la diligenza richiesta al buon padre di famiglia; riscuoterà, come unico referente, gli eventuali crediti residuanti al momento della dimissione dell’Ospite, sollevando in tal senso da ogni responsabilità la Direzione del **Centro di Servizi per Anziani**.

Conferma con la sottoscrizione l’impegno solidale, senza riserva alcuna, anche con specifico riferimento agli eventuali inadempimenti alle obbligazioni assunte dall’incaricato/delegato:

Visto, letto, approvato e sottoscritto.

Documento

Tipo e n.

Firma

Rilasciata da

Il

DICHIARAZIONE DI IMPEGNATIVA

Ospite: _____

(segue garanti)

3	Cognome e Nome		Nato a		Data di nascita
	Residente a	Cap	Via	N°	Telefono

4	Cognome e Nome		Nato a		Data di nascita
	Residente a	Cap	Via	N°	Telefono

5	Cognome e Nome		Nato a		Data di nascita
	Residente a	Cap	Via	N°	Telefono

6	Cognome e Nome		Nato a		Data di nascita
	Residente a	Cap	Via	N°	Telefono

sottoscrizioni

	Documento	Firma
2		
3		
4		
5		
6		

INFORMATIVA EX art. 13 D.Lgs. 196/03

La informiamo ai sensi dell’art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 che i dati che lei ci fornisce sono obbligatori per l’esecuzione della prestazione socio assistenziale da Lei richiesta e saranno trattati con sistemi informatici e manuali. Le banche dati sono organizzate in modo tale che l’accesso ai dati è consentito al solo personale espressamente incaricato dal titolare del trattamento. Qualora lei ritenga di non fornire il Suo consenso, questa struttura si troverà nella necessità di non poter effettuare la prestazione socio assistenziale da lei richiesta.

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

- gestione amministrativa (esempio registrazione e comunicazione alla regione Veneto della sua entrata in struttura, emissione delle fatture, scelta del medico di base, ecc. comunque finalità strettamente pertinente alla sua degenza;
- cura dell’ospite negli Istituti e gestione dei rapporti relativi ad eventuali ricoveri ospedalieri (es. comunicazione dei dati personali dell’ospite per la registrazione all’entrata in ospedale e comunicazione dei dati relativi alle condizioni di salute generali dell’ospite ed eventuali terapie in corso per consentirne il proseguimento.)
- riscossione dell’eventuale contributo sociale erogato dal Comune e/o l’eventuale contributo sanitario del erogato dalla Regione per gli ospiti non autosufficienti in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale come previsto dalla Legge Regionale.
- Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati esclusivamente per le finalità sopra specificate a:
- Enti pubblici (Regioni, Comune, aziende sanitarie, autorità giudiziaria);
- Medico di base;
- Struttura ospedaliera dove avviene l’eventuale ricovero;
- Eventuale medico specialista, laboratorio diagnostico;
- Altra case di riposo;
- Istituti bancari o società assicurative;
- Istituti di ricerca per indagini statistiche

Inoltre, nella gestione dei suoi dati possono venire a conoscenza le seguenti categorie di incaricati e/o responsabili interni ed esterni individuati per iscritto ed ai quali sono state date specifiche istruzioni scritte.

Relativamente ai dati medesimi potrete esercitare i diritti previsti dall’art. 7 del d.lgs.vo n. 196/2003 inviando apposita istanza scritta al seguente indirizzo *“INSIEME SI PUÒ” SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE* via Marchesan 4/D 31100 Treviso.

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è l’ente gestore della Casa di riposo - Cooperativa Insieme Si Può via Milan, 26, 31059 Zero Branco (TV), telefono 0422/486204 - fax 0422/486393.

Dichiarazione di consenso

Il sottoscrittodichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell’art. 13 d.lgs.vo. 196/2003 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell’informativa.

Data

Firma

*(esercente la patria potestà-tutore)**

** qualora l’ospite non sia in grado di intendere e volere*