



*Fondazione
Opera Pia Causa e Asili Infantili
di S. Francesco d'Albaro e della Foce*

*Via all'Opera Pia, 9 canc. - 16145 GENOVA
Tel. 010 3198905 – Fax 010 3629890*

e-mail: info@operapiacausa.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

Protocollo

Data

OSPITE:

Cognome _____

Nome _____ Sesso _____

Luogo e data di nascita _____

Recapiti Telefonici Ab. Uff. Cell. _____

Comune _____ Residenza _____

N° civico _____ cap. _____ naz. _____

Documento di riconoscimento _____

Nr. Tessera Sanitaria _____ Cod. Fiscale : _____

Stato Civile [] celibe/nubile [] coniugato/a [] vedovo/a [] separato/a

FAMILIARE DI RIFERIMENTO:

Cognome _____

Nome _____ Sesso _____

Tipo di parentela _____

Luogo e data di nascita _____

Recapiti Telefonici Ab./Uff./Cell. _____

Indirizzo _____

Documento di riconoscimento _____

Codice Fiscale _____

Il/la sottoscritto/a, CHIEDE

con la sottoscrizione della presente l'ammissione presso la Residenza Protetta

Villa Causa – Via all'Opera Pia 9 canc, Genova a tempo determinato (ricovero di sollievo) a tempo indeterminato (nel caso di un soggiorno inferiore ai 4 mesi verrà considerato ricovero di sollievo)

nella sua qualità di

 DIRETTO INTERESSATO **FAMILIARE DI RIFERIMENTO DELL'OSPITE****Prende atto che la retta mensile è pari a:**

- **Residenza Protetta:** retta di contribuzione mensile pari ad € **2.250,00**
- **RSA di mantenimento:** retta di contribuzione mensile pari ad € **2.850,00**
- **Ricovero temporaneo in Residenza Protetta o in RSA** (inferiore a 4 mesi): retta di contribuzione mensile pari ad € **2.850,00**

L'Ospite o il Garante (familiare di riferimento, amministratore di sostegno o altro) si impegna a corrispondere la retta in via anticipata entro il giorno cinque di ogni mese mediante versamento sul c/c n. 3525/20 intestato alla Fondazione Opera Pia Causa e Asili Infantili di S. Francesco d'Albaro e della Foce presso l'Ag. 60 Banca Carige, P.zza Leopardi, 2 Genova - IBAN IT20A061750144800000352520.

Firma del richiedente _____

Comunica i dati degli ALTRI FAMILIARI DI RIFERIMENTO

Cognome e nome _____

Tipo di parentela _____

Indirizzo _____

Recapiti Telefonici Ab. Uff. Cell. _____

Cognome e nome _____

Tipo di parentela _____

Indirizzo _____

Recapiti Telefonici Ab. Uff. Cell. _____

Il richiedente dichiara altresì di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata alla:

- 1) visita e parere sanitario insindacabile del responsabile della Direzione sanitaria della struttura,*
- 2) sottoscrizione degli impegni finanziari da parte dei familiari di riferimento;*
- 3) accettazione del medico della residenza;*
- 4) versamento della cauzione pari ad una mensilità.*

Data ____/____/____ Firma del richiedente _____

Si allegano alla presente domanda i seguenti documenti:

1. Certificato Clinico Anamnestico;
2. Fotocopia Carta d'identità dell'ospite e del Garante;
3. Fotocopia Tessera Codice Fiscale dell'ospite e del Garante;
4. Tessera Sanitaria ed eventuali esenzioni ticket dell'ospite;
5. Fotocopia Verbale o attestazione di invalidità dell'ospite se esistente;
6. Dichiarazione ai sensi dell'articolo 433 del Codice Civile del Garante.
7. Fotocopia ultima Dichiarazione dei redditi o documenti equipollenti dell'ospite e dei familiari di riferimento

Il sottoscritto, nel caso intendesse integrare l'assistenza fornita all'Ospite dalla residenza avvalendosi di assistente (badante) da lui direttamente assunta, dichiara che i sottostanti rapporti economici saranno da lui direttamente regolati. Si impegna a comunicare alla Direzione della residenza generalità, recapito ed eventuale permesso di soggiorno dell'assistente manlevando la Fondazione Opera Pia Causa e Asili Infantili di S. Francesco d'Albaro e della Foce da ogni obbligo e responsabilità in dipendenza di comportamenti da essa autonomamente assunti.

S'impegna fin d'ora affinché la badante rispetti le norme previste dal Regolamento della Residenza e quelle altre che nel tempo verranno emanate facendo in modo che il suo operato non interferisca con l'organizzazione e il funzionamento della residenza.

In particolare, prende atto che qualsiasi operazione o manovra di ordine sanitario o igienico, come pure la somministrazione di farmaci all'Ospite eseguita dalla badante ricadono sotto la sua responsabilità e nulla potrà venire imputato al personale e alla Direzione della residenza.

Il sottoscritto dichiara di avere preso attenta visione del Regolamento Generale della Residenza Protetta e della Carta dei Servizi Sociali e di accettarli incondizionatamente.

In particolare, prende atto e con lui gli eventuali familiari che la Direzione si riserva la facoltà di richiedere la dimissione dell'Ospite qualora a seguito delle sue mutate condizioni fisiche e/o psichiche, si rendesse necessario il suo ricovero in altra più idonea struttura. Si impegna pertanto a provvedere, nel termine di trenta giorni dalla comunicazione, al suo trasferimento in luogo più confacente.

Analogamente si impegna a ritirare l'Ospite nel caso in cui i suoi comportamenti fossero tali da recare danno alla sua integrità fisica o a quella di altri Ospiti, ovvero assumesse comportamenti in aperto contrasto con le norme contenute nel regolamento della residenza e alle regole della civile convivenza.

Firma del richiedente _____

Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla Legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara che i dati e le notizie contenute nelle presente domanda rispondono al vero.

Firma del richiedente _____

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 433 CODICE CIVILE
(da compilare per ogni familiare di riferimento coobbligato)

Il sottoscritto _____, nato a _____

il _____, residente in _____,

si obbliga in solido con il proprio

familiare Sig./Sig.ra _____

ai sensi e per gli effetti dell'art. 433 c.c.,

al pagamento della retta mensile di € 2.850,00 per il ricovero a tempo determinato

al pagamento della retta mensile di € 2.250,00 per il ricovero a tempo indeterminato

al pagamento della retta mensile di € 2.850,00 per il ricovero a tempo indeterminato di persona non autosufficiente

per la degenza presso la Residenza Protetta Villa Causa
Via all'Opera Pia 9 canc – 16145 Genova

Luogo e data: _____, li ___ / ___ / _____

Firma del dichiarante

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/03

Codice sulla Privacy

(pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 29 luglio 2003, Serie Generale n. 174, Supplemento ordinario n. 123/L)

Nel ringraziarLa per averci fornito i dati personali richiesti dal presente formulario, portiamo a conoscenza le finalità e le modalità del trattamento cui essi sono destinati.

Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati verrà effettuato con la sola finalità di permettere l'attuazione ed il perfezionamento del rapporto contrattuale intercorrente con la nostra Residenza Protetta ai fini della permanenza dell'ospite presso la Residenza Protetta nel rispetto della sua sicurezza ed incolumità fisica e psichica e di quant'altro conseguente il suddetto rapporto.

Modalità del trattamento

I dati verranno trattati principalmente con strumenti elettronici e informatici e memorizzati sia su supporti informatici che su supporti cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo ai quali possono accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato B del Codice della Privacy.

Natura obbligatoria

Tutti i dati richiesti sono obbligatori.

Per il trattamento dei dati definiti "sensibili" dal codice della privacy richiesti dalla presente domanda e di quelli altri di cui potremo venire a conoscenza in futuro (dati riferiti allo stato di salute, dati afferenti convinzioni religiose o filosofiche) si richiede consenso scritto al loro trattamento.

Conseguenze del rifiuto dei dati

In caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori l'interessato non potrà godere del servizio richiesto.

Soggetti a cui potranno essere comunicati i dati personali

I dati potranno essere comunicati a:

- personale della Fondazione in qualità di responsabili e incaricati al trattamento per la gestione delle pratiche del servizio da Lei richiesto; il personale sarà debitamente istruito in materia di sicurezza dei dati personali e del diritto alla privacy.
- Personale dipendente di Società ed altre strutture esterne che svolgono presso la Casa di Riposo prestazioni di servizio socio sanitarie;
- Professionista incaricato di ricoprire il ruolo di medico della struttura o eventuali suoi sostituti;
- organi preposti a verifiche e controlli circa la regolarità degli adempimenti di cui alle finalità anzi indicate.

Diritti dell'interessato

In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto, ai sensi dell'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del codice della Privacy:

1. di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intellegibile.
2. di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) 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. 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 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 riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. di opporsi, in tutto o in parte:
- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o di compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il titolare del trattamento dei dati è la Fondazione Opera Pia Causa e Asili Infantili di San Francesco d'Albaro e della Foce, con sede in Genova Via Opera Pia 9canc, Codice Fiscale 8000857, tel. 010/3198905, fax 010/3629890, e-mail: info@operapiacausa.it

Responsabile del trattamento dei dati è la Fondazione Opera Pia Causa e Asili Infantili di San Francesco d'Albaro e della Foce, con sede in Genova Via Opera Pia 9canc, Codice Fiscale 80008570105, tel. 010/3198905, fax 010/3629890, e-mail: info@operapiacausa.it

Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta alla Fondazione Opera Pia Causa e Asili Infantili di San Francesco d'Albaro e della Foce, con sede in Genova Via Opera Pia 9, Codice Fiscale 80008570105, tel. 010/3198905, fax 010/3629890, e-mail: info@operapiacausa.it c/a del Responsabile del trattamento dati.

Il/La sottoscritto/a _____, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 196/2003, presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

Firma leggibile _____