Suore Ospedaliere VILLA MIRAMARE	**DOMANDA DI AMMISSIONE n°____ Data_____**

Spazio Riservato all'Ospite:
Con la presente il/la sottoscritto/a:
Nome:
Cognome:
Nato/a il: ***Luogo di nascita:***
Residente in   ***Via*** _____ ***N°*** _____   ***CAP*** _____ ***Città*** ***(Mun.di rif.)***_____ ***Prov.*** _____
Domiciliato/a in   ***Via*** _____ ***N°*** _____   ***CAP*** _____ ***Città*** ***(Mun.di rif.)***_____ ***Prov.*** _____
Telefono: ***Cellulare:***   ***Indirizzo mail:***

Chiede alla **Provincia Italiana della Congregazione delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesu'***, la possibilità di essere ospitato/a presso la Casa di Riposo* ***"****Villa Miramare"****,*** *sita in Via A. Gramsci, 71 – 00048 Nettuno (RM).*

Motivazione della richiesta :

Dichiara la volontà di essere ospitato/a presso la Casa di Riposo "Villa Miramare" per i seguenti motivi: _____   _____   _____

- Dichiara di essere in una condizione di autosufficienza (☐completa - ☐ parziale) ed esenzione da forme morbose e malattie infettive attestate da idonea certificazione medica
- Dichiara di accettare e di osservare scrupolosamente la *Carta dei Servizi Sociali e Regolamento Interno* della struttura in particolare **Art. 19: Responsabilità per cose portate nella stanza** (L'Ospite assume la custodia della stanza e di ogni bene ivi portato. L'Ospite è esclusivo responsabile di ogni mobile e/o bene personale anche di valore portato nella Casa ed a tal fine esonera e manleva espressamente la Responsabile della Casa da ogni responsabilità.) e di sottoscrivere la *Carta dei diritti della persona anziana,* affinché le regole della convivenza interna siano comprese e condivise;
- Dichiara di aver letto l' informativa sulla privacy (GDPR 2016/679) e di prestare il libero consenso al trattamento dei dati personali.

Dichiara inoltre quale referente:
il proprio figlio/a

Nome:
Cognome:
Residente in: ***Via*** _____ ***N°*** _____   ***CAP*** _____ ***Città*** ***(Mun.di rif.)***_____ ***Prov.*** _____
Telefono: ***Cellulare:***   ***Indirizzo mail:***

Suore Ospedaliere VILLA MIRAMARE	**DOMANDA DI AMMISSIONE n°____ Data_____**

Il proprio parente:

Nome: ***Grado Parentela:***
Cognome:
Residente in: ***Via*** _____ ***N°*** _____   ***CAP*** _____ ***Città*** ***(Mun.di rif.)***_____ ***Prov.*** _____
Telefono: ***Cellulare:***   ***Indirizzo mail:***

Nel caso di assenza di parenti, indicare altra persona di riferimento:

Nome:
Cognome:
Residente in: Via _____ ***N°*** _____   ***CAP*** _____ ***Città*** ***(Mun.di rif.)***_____ ***Prov.*** _____
Telefono: ***Cellulare:***   ***Indirizzo mail:***
Indicare a che titolo rappresenta l'Ospite:

NOTE

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presente domanda, non vincolante per la Casa, costituisce richiesta di ammissione. L'eventuale accettazione, comunicata dalla Responsabile, sarà subordinata alla presentazione della documentazione attestante la sussistenza dei requisiti stabiliti nella *Carta dei Servizi Sociali e Regolamento Interno*. (Sussistenza dei redditi, Certificazione Medica attestante la condizione di autosufficienza ed esenzione da forme morbose e malattie infettive, deposito cauzionale, dichiarazione e garanti di pagamento, dichiarazione di impegno in caso di intervenuta *non autosufficienza*). Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere stato/a informato/a che l'ammissione nella Casa è subordinata all'accettazione integrale del Regolamento Interno alla struttura.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:
□ di ***PROVVEDERE AUTONOMAMENTE*** nell'assunzione dei farmaci prescritti dal proprio medico curante
□ di ***VOLER USUFRUIRE DELL'AIUTO E SUPPORTO DA PARTE DEL PERSONALE QUALIFICATO DELLA STRUTTURA*** nell'assunzione dei farmaci prescritti dal proprio medico curante.

Data _____***Firma*** _____ ***Firma*** _____
(Richiedente) ***(Familiare o persona di riferimento)***

LA RESPONSABILE :
ACCETTA □ NON ACCETTA □
La richiesta con riserva di verifica della disponibilità e con possibilità di inserire la richiesta nelle liste di attesa in vigore presso la Casa di Riposo.

FIRMA RESPONSABILE

_____

INFORMATIVA PRIVACY PER IL PRERICOVERO

Gentile Interessato (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

_____,

eventualmente rappresentato legalmente da (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

_____

desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR")* prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Provincia Italiana della Congregazione Delle Suore Ospitaliere Del Sacro Cuore Di Gesu'** , in qualità di **"Titolare"** del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

A. CATEGORIE DI DATI: Provincia Italiana della Congregazione Delle Suore Ospitaliere Del Sacro Cuore Di Gesu'

. tratterà i suoi dati personali quali dati identificativi, di contatto ed inerenti la sua salute (ad es. esiti di visite mediche, cartella clinica, ...).

B. FONTE DEI DATI PERSONALI: I dati personali di cui **Provincia Italiana della Congregazione Delle Suore Ospitaliere Del Sacro Cuore Di Gesu'** è in possesso sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.

C. TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Il titolare del trattamento è **Provincia Italiana della Congregazione Delle Suore Ospitaliere Del Sacro Cuore Di Gesu' ,** con sede legale in **Via Urbisaglia 3/A, 00183 a Roma alla mail segreteria.provincia@ospedaliere.it**

D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA: i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità **basate sul consenso dell'interessato** o per misure precontrattuali relative a:

1. **AMMINISTRATIVO:** espletamento dei compiti gestionali ed organizzativi necessari all'inserimento del suo nominativo nelle liste d'attesa della struttura;
2. **DIAGNOSI:** svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nei reparti della struttura.

E. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.: Il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O., contattabile via mail all'indirizzo: ospedaliere@segnalazionidpo.it

F. DESTINATARI DEI DATI: Nei limiti pertinenti alle finalità, i suoi dati potranno essere comunicati ai Responsabili ed agli Incaricati all'interno dell'Istituto ed a soggetti esterni all'Istituto, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali**.** I suoi dati non saranno oggetto di alcuna diffusione**.**

G. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI: I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

H. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI: I dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi al di fuori della Comunità Europea.

I. DIRITTI DELL'INTERESSATO: L'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

J. OBBLIGATORIETÀ O MENO DEL CONSENSO: Il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per valutare il suo inserimento in struttura. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato inserimento nelle liste d'attesa.

K. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI: I dati da Voi forniti, verranno trattati nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza a cui è ispirata l'attività del Titolare. Suoi dati saranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dal GDPR.

INFORMATIVA PRIVACY PER IL PRERICOVERO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e, per le finalità sopra riportate (trattamento dei dati personali e inerenti la salute per l'esecuzione delle diagnosi al fine del suo inserimento in struttura), acconsento al trattamento dei miei dati personali.

Data: _____/_____/_____ Firma leggibile dell'interessato
_____

Nota bene: se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà quale (specificare):

□ amministratore di sostegno □ tutore □ curatore □ genitore (per i minori) □ altro _____

Firma leggibile
_____