

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

Tel.:Ab. \_\_\_\_\_ lav. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'AMMISSIONE DEL SIG. / SIG.RA:**

- Cognome e Nome \_\_\_\_\_

- Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Residente a \_\_\_\_\_

- Indirizzo \_\_\_\_\_

- C.F. \_\_\_\_\_ N°Cod.San. Reg. \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento in caso di necessità:

\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Motivo della richiesta di ricovero \_\_\_\_\_

Proveniente da \_\_\_\_\_

Ass.Soc. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Dichiara di essere a conoscenza e di accettare il contenuto della Carta Servizi e del regolamento della RSA Naldini Torrigiani di Tavarnelle Val di Pesa e di impegnarsi al regolare pagamento della retta; letto, approvato e sottoscritto.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Alla Direzione della R.S.A “Naldini Torrigiani” di Tavarnelle Val di Pesa**

Il/la Sottoscritt\_\_\_\_\_

In qualità di (grado parentale)\_\_\_\_\_

Del\_Sig.\_\_\_\_

Ospite della R.S.A “ Naldini Torrigiani” di Tavarnelle dichiara di :

- Usufruire del Servizio di Lavanderia, per biancheria intima, offerto dalla nostra struttura in collaborazione con **LAVANDERIA EKOLAV**
- Non usufruire del Servizio di Lavanderia, per biancheria intima, offerto dalla nostra Struttura in collaborazione con **LAVANDERIA EKOLAV**

Dichiara inoltre di :

- Provvedere al ritiro e lavaggio dei vestiti del parente nostro ospite privatamente
- Utilizzare il Servizio della **LAVANDERIA EKOLAV** provvedendo poi a fine mese al saldo dell'importo dovuto a suddetta Lavanderia .

Tavarnelle Val di Pesa, il \_\_\_\_\_

Firma  
  
\_\_\_\_\_

**Alla Direzione della R.S.A “Naldini Torrigiani” di Tavarnelle Val di Pesa**

Il/la Sottoscritt\_\_\_\_\_

In qualità di (grado parentale)\_\_\_\_\_

Del\_Sig.\_\_\_\_

Ospite della R.S.A “ Naldini Torrigiani” di Tavarnelle Val di Pesa si impegna a:

- Delegare l’acquisto dei farmaci prescritti dal Medico di fiducia alla Direzione della R.S.A. “Naldini Torrigiani” impegnandosi periodicamente, almeno una volta al mese, al loro pagamento presso la **Farmacia Tanganelli**.
- Provvedere in proprio al rifornimento dei farmaci prescritti dal Medico di fiducia con frequenza di almeno due volte alla settimana.

Dichiara inoltre di accettare che, in caso di prescrizioni urgenti, che impongono la necessità di provvedere al ritiro e/o acquisto di medicinali prescritti dal Medico di fiducia da parte del personale della R.S.A. “Naldini Torrigiani”, dovrà rimborsare l’eventuale spesa alla Direzione della Struttura.

Data \_\_\_\_\_

In fede  
\_\_\_\_\_

## Privacy

### Informativa per il trattamento di dati personali

**OGGETTO: informativa e ai sensi e per gli effetti del GDPR UE 2016/679 relativo alla tutela del trattamento dei dati personali.**

Rosalibri S.r.l. con sede legale in Greve in Chianti – Via Gramsci 23, CF e P.IVA 05074460485 in qualità di titolare del trattamento (in seguito "Titolare"), La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti

#### Oggetto del Trattamento

Il Titolare tratta i dati personali identificativi - come nome, cognome, indirizzo, telefono, e- mail, riferimenti bancari e di pagamento, codice fiscale, ecc. - in seguito, "dati personali" o anche "dati"), da Lei comunicati in occasione della conclusione di accordi, contratti, prestazione di servizi, e quant'altro necessario per i servizi del Titolare.

Inoltre durante la Sua permanenza nella nostra struttura il personale verrà a conoscenza di dati particolari o sensibili come specificato all'art.9 del GDPR.

#### Finalità del trattamento.

I Suoi dati personali "comuni e sensibili", saranno trattati:

1. per le finalità strettamente connesse all'attività sanitaria, agli interventi riabilitativi e socio assistenziali, compilazione di cartelle cliniche, di certificazioni e di altri documenti di tipo sanitario e/o socio sanitario, socio assistenziale o assistenziale
2. per le esigenze amministrative inerenti la fatturazione, comunicazioni e informazioni
3. per lo svolgimento di attività socio ricreative, comunicazione ad associazioni od organizzazioni di volontariato, pubblicazione di foto personali dell'ospite in occasione di particolari eventi dell'attività assistenziale, eventuale pubblicazione di una o più foto dell'ospite in una sezione del sito internet istituzionale.

Inoltre i suoi Dati potranno essere trattati per adempiere ad ulteriori obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria in materia di:

- adempimento delle operazioni strettamente connesse e strumentali all'espletamento delle prestazioni dei servizi richiesti, rese da professionisti sanitari iscritti in albi o elenchi, personale infermieristico, tecnici della riabilitazione o società esercenti professioni sanitarie incaricate della prestazione di servizi o beni, compresi gli interventi di tipo diagnostico, terapeutico, preventivo, riabilitativo, socio sanitario, socio assistenziale o assistenziale.
- tutela dei diritti in sede giudiziaria, comunicazioni ad istituti di credito, imprese assicurative ed ai suoi familiari o rappresentanti.

Inoltre è nostro compito informarla che:

- nel corso della sua permanenza presso la nostra sede, nel rispetto dei diritti del paziente/utente, Lei sarà identificati con il suo nominativo
- qualora i suoi dati dovessero necessitare per finalità di ricerca e/o statistica, saranno trasmessi in forma anonima
- i dati idonei a rivelare il suo stato di salute saranno notificati a Lei e/o a persona da Lei delegate in busta chiusa.

#### Modalità di trattamento.

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, memorizzazione, adattamento o la modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, raffronto o interconnessione, limitazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Il trattamento dei dati per le finalità esposte ha luogo con modalità sia automatizzate, su supporto elettronico o magnetico, sia non automatizzate, su supporto cartaceo, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge, dai regolamenti conseguenti e da disposizioni interne.

**Luogo di trattamento.**

I dati vengono attualmente trattati ed archiviati presso la sede legale, Via XXXXX, XX – XXXX XXXXXXXX. Sono inoltre trattati, per conto della Scrivente, da professionisti e/o società incaricati di svolgere attività tecniche, di sviluppo, gestionali e amministrativo - contabili.

**Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto al conferimento.**

Il conferimento dei Dati è obbligatorio per il conseguimento delle finalità specificate al punto 1 e 2; il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrebbe avere come conseguenza l'impossibilità di accettare l'ospite. Per tutte le finalità indicate nel punto 3, Lei dovrà fornire il Suo consenso ai nostri incaricati con la consegna del modulo al momento della richiesta di accettazione dell'ospite e potrà revocarlo in qualsiasi momento inviandoci una comunicazione scritta.

**Comunicazione dei dati**

Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati in Italia e trasferiti all'estero esclusivamente per le finalità sopra specificate a:

- Autorità di Pubblica Sicurezza, alle Aziende Sanitarie Locali e alla Regione Toscana e/o alla Regione di appartenenza, Organismi di vigilanza, Autorità giudiziarie, Enti di certificazione, Consulenti aziendali esperti in materia di organizzazione aziendale, avvocati.
- a fornitori di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e consulenze specialistiche strettamente connesse e strumentali all'espletamento delle prestazioni dei servizi richiesti
- enti pubblici quali INPS e INAIL, Compagnie Assicuratrici, nonché ad associazioni, Società o enti che ne facciano richiesta
- Professionisti e consulenti, società di consulenza, istituti di credito, società di recupero crediti, società di assicurazione del credito, società di informazioni commerciali;
- Soggetti che possono accedere ai Vostri dati in forza di disposizione di legge

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

- Dipendenti
- Professionisti o Società di servizi per l'amministrazione e gestione aziendale che operino per conto della nostra azienda (servizi contabili, fiscali, tributari) solo con riferimento ai dati personali e non sensibili
- Società collegate alla nostra

I Suoi dati non saranno diffusi.

**Tempi di conservazione dei dati:**

I dati forniti verranno conservati presso i nostri archivi secondo i seguenti parametri:

- Per le attività di amministrazione, contabilità, fatturazione, gestione dell'eventuale contenzioso: 10 anni come stabilito per Legge dal disposto dell'art. 2220 C.C., fatti salvi eventuali ritardati pagamenti dei corrispettivi che ne giustificano il prolungamento
- Con riferimento ai dati sensibili archiviati nella Cartella Clinica: illimitato come previsto dalla normativa

**Diritti dell'interessato.**

Relativamente ai dati personali medesimi lei può esercitare i diritti previsti dall'art. 15 del GDPR (di cui viene allegata copia). In caso di sottoscrizione di una qualsiasi forma di consenso al trattamento richiesto da Rosalibri S.r.l. si fa presente che l'interessato può revocarlo in qualsiasi momento, fatti salvi gli adempimenti obbligatori previsti dalla normativa vigente al momento della richiesta di revoca, contattando il Titolare del trattamento ai recapiti di seguito riportati.

**Titolare e Responsabile del trattamento.**

Il titolare del trattamento, al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti di cui all'art. 15 del GDPR sopra trascritto, è Rosalibri S.r.l. L'elenco aggiornato dei responsabili e degli incaricati al trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento.

Il Responsabile della Protezione dei Dati è il sig. Michele Ermini.

**Modalità di esercizio dei diritti**

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- una raccomandata a.r. a Rosalibri S.r.l Via Gramsci, 23 – 50022 Greve in Chianti (FI) oppure
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica: [privacy@rosalibri.it](mailto:privacy@rosalibri.it)

Greve in Chianti, 24/5/2018

\*\*\*\*\*

#### **ALLEGATO: Diritti dell'interessato di cui all'art. 15 GDPR**

Nella Sua qualità di interessato, ha il diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che la riguardano e di ottenere l'accesso ai dati personali e le seguenti informazioni:

1. finalità del trattamento;
2. categorie di dati personali in questione
3. i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali (specificando l'esistenza di eventuali garanzie adeguate)
4. il periodo di conservazione dei dati personali
5. l'origine dei dati personali (se non raccolti direttamente presso l'interessato);
6. la logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
7. è diritto dell'interessato ottenere:
  - a. la rettifica dei propri dati personali inesatti ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati incompleti;
  - b. la cancellazione dei dati personali che lo riguardano ("diritto all'oblio")
  - c. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano
  - d. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a), b) e c) 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;
8. l'interessato ha il diritto alla portabilità dei dati ovvero il diritto di ricevere i dati personali che lo riguardano e/o di trasferirli ad altro titolare del trattamento
9. l'interessato ha il diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b. al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di marketing diretto, compresa la profilazione dei dati
10. Inoltre, l'interessato ha il diritto a inoltrare reclamo all'autorità di controllo

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili****OGGETTO: informativa e ai sensi e per gli effetti del GDPR UE 2016/679 relativo alla tutela del trattamento dei dati personali.**

Acquisita l'informativa fornita dal Titolare del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR")

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Dell'ospite \_\_\_\_\_

**ACCONSENTO**

- Al trattamento dei dati personali nonché di quanto risulterà in funzione delle prestazioni assistenziali che verranno fornite dalla Rosalibri S.r.l. dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 9 del DGPR
- Alla comunicazione degli stessi alle categorie di soggetti indicati nella predetta informativa che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'informativa stessa

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

 ACCONSENTO NON ACCONSENTO

A che venga divulgato a terzi lo stato di salute in funzione delle prestazioni sanitarie che verranno fornite dalla struttura dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 9 del DGPR.

Avendo acconsentito alla comunicazione a terzi dei dati sensibili riguardo il mio stato di salute e desiderando indicare con precisione le persone da me segnalate come idonee a ricevere tali informazioni, elenco qui di seguito i loro nominativi (nome e cognome)

\_\_\_\_\_

Qualora non sia riportato alcun nominativo si intende che non pongo restrizioni in merito alle persone che possono ricevere comunicazioni dei dati sensibili che riguardano il mio stato di salute

 ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Alla pubblicazione di foto/video personali dell'ospite in occasione di particolari eventi dell'attività assistenziale

 ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Alla eventuale pubblicazione di una o più foto/video dell'ospite in una sezione del sito internet

 ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Alla comunicazione ad associazioni od organizzazioni di volontariato

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni del DGPR UE 2016/679 relativo alla tutela del trattamento dei dati personali

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **DOCUMENTI PER L'INGRESSO DELL'OSPITE**

- **CARTA D'IDENTITA'**
- **CODICE FISCALE**
- **LIBRETTO SANITARIO**
- **SE ASL DIVERSA DA ASL ZONA SUD-EST:**  
*per ottenere il domicilio sanitario deve recarsi presso l'ufficio anagrafe sanitaria, presentando:*
  - documento d'identità
  - tessera sanitaria
  - certificato attestante la sospensione dell'assistenza sanitaria della ASL di residenza o libretto sanitario (cartaceo) oppure codice regionale della ASL di residenza*una volta ottenuto il domicilio sanitario la nostra RSA provvederà al cambio medico.*
- **CERTIFICATO MEDICO CURANTE CON ANAMNESI STORICA E TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO**
- **EVENTUALE CERTIFICAZIONE D'INVALIDITA'**
- **EVENTUALI DIMISSIONI OSPEDALIERE E/O DA ALTRA STRUTTURA**
- **FARMACI**
- **ESENZIONE**
- **EVENTUALI PRESIDI DELL'OSPITE** (ESEMPIO: CATETERE VESCICALE, SONDINO NASO GASTRICO, MATERIALE PER DIABETE ETC...)

## **LISTA INDUMENTI E ALTRO NECESSARI ALL'INGRESSO DELL'OSPITE**

- **5 ASCIUGAMANI PER VISO E BIDET**
- **2 TELI PER DOCCIA**
- **5 CAMICIOLE**
- **5 PAIA DI CALZINI**
- **4 CAMICIE DA NOTTE O PIGIAMI**
- **6 PAIA DI MUTANDE**
- **5/5 PANTALONI E MAGLIE OPPURE TUTE DA GINNASTICA**
- **PETTINE O SPAZZOLA**
- **OCCORRENTE PER TOILETTE**
- **RASOIO**
- **VARIE**