



Parrocchia dei "Ss. Vito, Modesto e Crescenza Mm."

CASA DI RIPOSO

Via Savorgnano, 47 (C.P. 86)
SAN VITO AL TAGLIAMENTO (PN)
Tel. **0434 84 25 11**
Codice Fiscale 91010630936
Partita I.V.A. 01136460936

Data _____

Al Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**
della Parrocchia dei "Ss. Vito, Modesto e Crescenza Mm."
via Savorgnano, 47 (C.P. 86)
33078 **SAN VITO AL TAGLIAMENTO** (PN)

Oggetto: **domanda di ammissione**

I sottoscritt _____

nat_ a _____ Prov. di _____ il _____

residente a _____ Prov. di _____ via _____ n. _____

paternità _____ maternità _____

CAP _____ tel. _____, stato civile _____ Cognome e Nome del coniuge _____

CHIEDE

di essere accolt_ presso codesta struttura a tempo indeterminato e con alloggio: **ordinario**
 singolo

A tal fine si impegna :

1. a comunicare tempestivamente eventuali rinunce;
2. ad osservare il Regolamento della Struttura;
3. ad accettare eventuali provvedimenti motivati di dimissione.

Dichiara

1. di avere preso atto dell'ammontare della retta giornaliera di degenza;
2. di garantire che tale retta ed i suoi eventuali aumenti sarà corrisposta da
(nome, cognome e relazione di parentela) _____
come da regolare impegnativa prodotta contestualmente alla presente;
3. ai sensi dell'art. 10 della Legge 675 del 31 dicembre 1996, di avere ricevuto dalla Casa di Riposo di San Vito al Tagliamento completa informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei medesimi ed in particolare di quelli considerati sensibili dall'art. 22 della medesima legge, o che possano costituire oggetto di trattamento per le finalità di una corretta gestione dei rapporti intercorrenti con la Casa di Riposo, Consulenti, Enti Previdenziali ed Assistenziali, Istituti di Credito, Enti Pubblici Nazionali, Regionali e Provinciali, eccetera, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell'informativa.

Comunica

i seguenti nominativi ed indirizzi di famigliari e/o conoscenti ai quali l'Ente potrà rivolgersi in caso di necessità:

Cognome e Nome	Relazione di parentela	Indirizzo	Telefono

Distinti saluti.

Firma _____

Impossibilitato a firmare per:

Teste: _____

_____ Teste: _____

IMPEGNATIVA - OBBLIGAZIONE

Data _____

Al Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**
della Parrocchia dei "Ss. Vito, Modesto e Crescenza Mm."
via Savorgnano, 47 (C.P. 86)
33078 **SAN VITO AL TAGLIAMENTO** (PN)

__I__ sottoscritt__ _____

nat_ a _____ Prov. di ____ il _____

residente a _____ Prov. di ____ via _____ n. _____

CAP ____ tel. _____,

in relazione alla domanda di ammissione del__ Sig.____ _____

si obbliga per sé e per gli eredi

1. a corrispondere mensilmente la retta di degenza in vigore per l'Ospite su indicat__, entro i primi giorni di ogni periodo, nonché tutti gli aumenti della predetta retta giornaliera di degenza che verranno stabiliti dal Consiglio di amministrazione della Casa di Riposo;
2. al pagamento delle eventuali spese medicinali e cure particolari da prestarsi all'Ospite medesimo;
3. al pagamento delle spese di accompagnamento per visite specialistiche ed indagini diagnostico-strumentali fuori sede;
4. a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'Ospite in parola su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente;
5. a provvedere tempestivamente per le onoranze funebri in caso di decesso dell'Ospite presso codesta Casa di Riposo.

Dichiara

- che quanto sopra avrà effetto dalla data di ammissione del__ ricoverand__;
- che l'impegnativa sarà valida per tutta la durata della degenza dell'Ospite in parola.

Firma _____

Documento di riconoscimento :

Tipo _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____

Il Funzionario ricevente _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE

(La documentazione da allegare deve essere completa e veritiera)

DA RICHIEDERE AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI RESIDENZA

- **Atto di garanzia suppletiva** per il pagamento delle rette di degenza
- **Relazione del Servizio Sociale di Base** per l'inserimento dell'Ospite in struttura protetta;

DA RICHIEDERE AL DISTRETTO SANITARIO DI APPARTENENZA

- **Certificazione di non autosufficienza** (B.I.N.A.);

DA RICHIEDERE AL MEDICO CURANTE

- **Relazione del Medico curante** (stampato allegato)
unitamente all' esito dei seguenti esami:

Qualora il paziente si trovi ricoverato in Ospedale o in R.S.A., la Relazione medica e gli esiti degli esami clinici possono essere richiesti presso queste strutture.

Sono considerati validi gli esiti di esami effettuati nel trimestre precedente la domanda di ammissione.

Qualora in possesso produrre copie delle cartelle cliniche di recenti ricoveri ospedalieri.

VDRL

HbsAg

ANTI HCV

ANTI HIV 1° e 2°

RX TORACE

COPROCOLTURA

Profilassi antitetanica (se esistente)

- **Autocertificazione dello stato di famiglia** (stampato allegato)
- **Eventuale copia del verbale di accertamento d'invalidità civile**

ALTRI DOCUMENTI ALLEGATI :

CASA DI RIPOSO

Via Savorgnano, 47 (C.P. 86)
SAN VITO AL TAGLIAMENTO (PN)
Tel. 0434 84 25 11

RISERVATA ALL'UFFICIO

PARERE DEL SANITARIO RESPONSABILE DELL'ENTE :

Il sottoscritto Direttore Sanitario della Casa di Riposo dei "Santi Vito, Modesto e Crescenza Martiri" di San Vito al Tagliamento (PN) esprime il seguente parere sulle condizioni psicofisiche del__ ricoverand_ Sig._____

Trattasi di persona **autosufficiente**

Trattasi di persona **non autosufficiente**

NOTE – OSSERVAZIONI – SUGGERIMENTI:

Timbro e firma _____



AUTORIZZAZIONE

Vista la domanda di ammissione presentata per il ricovero del__

Sig._____

Con i poteri del Consiglio di Amministrazione, si autorizza l'ammissione.

Data _____

Il Presidente



Parrocchia dei "Ss. Vito, Modesto e Crescenza Mm."

CASA DI RIPOSO

Via Savorgnano, 47 (C.P. 86)
SAN VITO AL TAGLIAMENTO (PN)

LEGGE 675/1996

INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI.

- Allegata alla domanda di ammissione presso la Casa di Riposo di San Vito al Tagliamento (PN) -

Le comunichiamo che, per l'instaurazione e la gestione della sua assistenza presso questo Ente, questa Amministrazione entrerà in possesso di dati personali Suoi e dei Suoi famigliari dal momento della presentazione della domanda di ammissione.

La informiamo pertanto che tali dati saranno trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici e telematici per la gestione dei rapporti con questo Ente, con gli Enti di previdenza ed assistenza, con l'Amministrazione dello Stato, con la Regione, la Provincia, il Comune, con gli Istituti di Credito per il pagamento delle rette di degenza, nonché con altre Persone ed Enti preposti al fine di adempiere a tutti gli obblighi legali, sanitari, assistenziali e statistici connessi.

Il conferimento dei dati è doveroso per quanto è richiesto dai predetti obblighi e pertanto, l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può comportare l'impossibilità per l'Ente di dare esecuzione all'ammissione, o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti connessi al rapporto d'assistenza.

L'Ente potrà trattare dati che la Legge definisce "sensibili" in quanto idonei a rilevare ad esempio:

- a) lo stato di salute;
- b) l'origine razziale ed etnica;
- c) le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere;
- d) l'adesione a Partiti, Sindacati, Associazioni od Organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.

Tutti i dati predetti e gli altri costituenti il Suo rapporto d'assistenza con questo Ente verranno conservati, anche dopo la cessazione del rapporto medesimo, per l'espletamento di tutti i residui adempimenti connessi o derivanti dalla conclusione stessa.

Salvo che per la gestione sanitaria, per la quale il Suo Medico di fiducia compilerà un diario clinico soggetto al segreto professionale, responsabile per questo Ente del trattamento dei Suoi dati personali è:

Sig. DANIELE MITRI

che, ai fini della Legge 675/1996, ha il seguente indirizzo:

via Savorgnano, 47 – c/o Casa di Riposo – 33078 San Vito al Tagliamento (PN).

La informiamo infine che l'art. 13 della predetta Legge 675/1996, Le conferisce specifici diritti, in particolare:

- ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di dati che la riguardano;
- conoscere l'origine dei dati, la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco di dati trattati in violazione di Legge, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati stessi;
- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati stessi.

Per le finalità sopra esposte Le richiediamo quindi di formulare esplicito consenso.

Distinti saluti.

Il Presidente
Titolare del trattamento dei dati
f.to Mons. Nicolò Biancat