



Spazio riservato all'Ente

DOMANDA DI AMMISSIONE

Si prega di rispondere a tutte le domande

concernente il Sig./Sig.ra

_____ (cognome)

_____ (nome)

RSA

posto nella Residenza Sanitaria Assistenziale

MA

mini alloggio protetto per anziani

INIZIATIVA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

personalmente dall'aspirante

dal Sig./Sig.ra

_____ (cognome)

_____ (nome)

residente a

_____ (CAP luogo)

_____ (prov.)

in Via _____

n. _____

tel. _____

cell. _____

mail _____

parentela ev.

dal Comune di _____

Altro _____

Documenti importanti da allegare alla presente domanda:

1. Scheda di inserimento compilata dal medico curante
2. Scheda Brass compilata dal medico curante
3. Scheda di inserimento compilata dai famigliari
4. Certificazione invalidità Civile INPS e Esenzione per invalidità o/e per patologie
5. Fotocopia carta identità e Tessera sanitaria

DATI DELLA PERSONA DI CUI SI CHIEDE IL RICOVERO

Sig./Sig.ra

(cognome)

(nome)

nato/a a

(CAP e luogo)

il

(prov.)

residente a

(CAP e luogo)

in Via

(prov.)

n.

stato civile

CELIBE/NUBILE

CONIUGATO/A

SEPARATO/A

DIVORZIATO/A

VEDOVO/A

nominativi della famiglia convivente:

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(rapporto di parentela)

n.figli

maschi

femmine

Titolo di studio

analfabeta

scuola media

diploma

scuola elementare

scuola professionale

laurea

altro:

Situazione abitativa al domicilio:

vive solo

vive solo con badante

vive con altro familiare/convivente

vive con altro familiare/convivente e badante

vive con altre persone non parenti e/o partner

Motivi della domanda di ammissione

ha perso l'autonomia fisica/psichica

la famiglia non è in grado di provvedere

vive solo

l'alloggio non è idoneo

altro

Situazione del soggetto alla data della domanda:

A DOMICILIO SENZA ALCUNA ASSISTENZA

A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE SAD

A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE ADI - VOUCHER SOCIOSANITARIO

A DOMICILIO CON FREQUENZA CENTRO DIURNO

RICOVERATO IN OSPEDALE DI

RICOVERATO IN RIABILITAZIONE A

OSPITE IN ALTRA RSA (specificare)

ALTRO

Soggetto con indennità di accompagnamento

sì
no
no

domanda presentata

Percentuale di Invalidità riconosciuta

--

 %

Situazione Pensioni

- Nessuna pensione
- Anzianità/Vecchiaia VO
- Reversibilità SO
- Tipologia speciale di guerra o infortunio sul lavoro
- Invalidità IO

Impegnativa per il pagamento della retta:

(specificare cognome, nome, indirizzo, telefono della PERSONA che firmerà il contratto come garante) - A carico dello Stato, di Comuni o di altri Enti pubblici (specificare circa la pratica di impegnativa: già definita, in corso, da definire)

GARANTE: _____

Iniziativa della domanda

- Il soggetto stesso
- Familiare o affine _____
- Assistente sociale o altri servizi _____
- Medico _____
- Tutore _____
- Altro _____

ELENCO DEI PRINCIPALI PARENTI PER CONTATTI

COGNOME E NOME	INDIRIZZO	TELEFONO O MAIL

Nome del Medico curante _____

Altre note eventuali _____

Il presentatore della domanda dichiara di aver preso visione dell'informativa e di prestare il consenso per il trattamento dei dati raccolti con la presente domanda (ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679), come da modulo allegato.

L'ammissione definitiva degli Ospiti in Istituto è subordinata ad un periodo di prova di 15 giorni. Se la prova risultasse negativa a giudizio della Direzione, l'Ospite non sarà ammesso. (Art. 7 Regolamento)

Data: _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE



FONDAZIONE "Giuseppe e Giuliana Ronzoni" - ONLUS

21023 BESOZZO (VA) - Via degli Orti, 14 Tel. 0332 770216 - Fax 0332 970682

INFORMATIVA SU TRASPARENZA E GARANZIA DEL SERVIZIO

La Fondazione per garantire un servizio trasparente e a tutela dei diritti fondamentali vuole informarla che ha la possibilità:

- 1) di chiedere l'intervento del difensore civico territoriale, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità;
- 2) di accedere all'ufficio relazioni con il pubblico della Fondazione (individuato negli uffici amministrativi);
- 3) di accedere all'ufficio di pubblica tutela della ATS.

L'Ufficio di Pubblica Tutela ha sede in via Ottorino Rossi n. 9 a Varese (Padiglione centrale).

È possibile contattare l'UPT per richiederne l'intervento e/o un incontro con il Responsabile:

- chiamando il numero telefonico 0332277544 o lasciando un messaggio in segreteria telefonica;
- via e-mail: pubblicatutela@ats-insubria.it

DIFENSORE CIVICO

Il Difensore regionale è un'autorità pubblica indipendente, prevista dall'art. 61 dello Statuto d'autonomia della Lombardia e disciplinata dalla l. regionale 6 dicembre 2010, n. 18. È incaricato di tutelare i diritti e gli interessi dei cittadini e degli altri soggetti della società civile (associazioni, imprese, comitati) nei confronti della Regione Lombardia e delle altre amministrazioni pubbliche rientranti nella sua competenza.

Il Difensore regionale si occupa, su richiesta dei cittadini o d'ufficio, di tutti i casi di cattiva amministrazione: illegittimità o irregolarità amministrative, iniquità o discriminazioni, mancanza di risposta o rifiuto d'informazione o d'accesso agli atti amministrativi, ritardi ingiustificati, carenza qualitativa dei servizi e simili.

Il servizio è gratuito e aperto a tutti, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

L'azione del Difensore civico si caratterizza per essere appunto non giurisdizionale e quindi basata sull'informalità, la speditezza, il tentativo di portare il conflitto che l'utente ha con l'Amministrazione nell'ambito della risoluzione conciliativa e non del conflitto.

Ha il potere di chiedere chiarimenti all'Amministrazione e di pretendere delle risposte, ha pieno accesso a tutti gli atti e documenti dell'Amministrazione senza limiti di segretezza, ma non può annullare atti o imporre all'amministrazione di adottare provvedimenti.

Agisce su segnalazione di singoli o associati, Enti, Comitati, Associazioni etc., ma ha anche il potere di attivarsi di ufficio, se dall'esame di un caso rileva un problema generale o se apprende di un problema dai media.

UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA

L'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) è un ufficio autonomo ed indipendente istituito dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS, ex ASL) e definito dalla Regione Lombardia, con DGR n.10884 del 23 dicembre 2009, come lo strumento di tutela delle persone che intendono usufruire delle prestazioni erogate dai servizi delle ATS e delle strutture sanitarie private e sociosanitarie accreditate.

L'UPT interviene perché siano resi effettivi e fruibili i diritti degli utenti previsti dalla legislazione nazionale e regionale verificando, inoltre, che siano rispettate le condizioni stabilite nelle Carte di Servizi delle Unità di Offerta. A tale scopo l'UPT:

- Verifica lo stato di implementazione, attuazione e diffusione delle Carte dei Servizi;
- Controlla i servizi e compie controlli sulle prestazioni erogate, per gli aspetti riguardanti l'informazione e l'umanizzazione delle prestazioni;
- Interviene affinché si realizzi un accesso informato ai servizi;
- È in stretto collegamento con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di ATS e l'Ufficio di Protezione Giuridica (UPG).

Tale informativa ha lo scopo quindi di tutelare la persona e garantire un servizio trasparente a tutela dei diritti fondamentali presso la nostra Fondazione in tutte le azioni, dal momento della richiesta di accesso alla dimissione.

Firma familiare per presa visione

_____ **Firma Operatore che ha fornito l'informativa**

_____ **Besozzo, li _____**

 RSA CDI MINIALLOGGI RICHIESTA DI
INVALIDITA'**SCHEDA DI INSERIMENTO****CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Informazioni anagrafiche

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il ___ / ___ / _____

Residente _____ via/piazza _____ n° _____

Parte per il Medico curante

Anamnesi patologica
remota
oltre alle comuni
informazioni relative a
patologie pregresse,
specificare eventuali
aspetti psicologici e/o
comportamentali noti che
hanno richiesto terapie
specifiche (es. sindromi
depressive, stati
maniacali, alterazioni della
personalità, abuso
alcolico, tabagismo)

Malattie infettive note
epatiti, TBC, malattie
sessualmente trasmesse

Situazione clinica attuale
patologie in atto
condizioni invalidanti

Dispositivi in uso	Catetere vescicale Sondino naso-gastrico PEG Catetere venoso centrale Pace-maker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> Instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> Acuzie	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita:</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Si richiede visita domiciliare:</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

data

firma

.....

.....

Scheda di BRASS

Utente:	Codice fiscale:
	Data nascita:

Data compilazione:	Compilatore:
--------------------	--------------

Età (una sola opzione)

- 0 = 55 anni o meno
- 1 = 56-64 anni
- 2 = 65-79 anni
- 3 = 80 anni e più

Condizioni di vita e supporto sociale
(una sola opzione)

- 0 = Vive col coniuge
- 1 = Vive con la famiglia
- 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare
- 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti
- 4 = Vive solo senza alcun sostegno
- 5 = Assistenza domiciliare/residenziale

Stato funzionale (ogni opzione valutata)

- 0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)

Dipendente in:

- 1 = Alimentazione/nutrizione
- 1 = Igiene/abbigliamento
- 1 = Andare in bagno
- 1 = Spostamenti/mobilità
- 1 = Incontinenza intestinale
- 1 = Incontinenza urinaria
- 1 = Preparazione del cibo
- 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali
- 1 = Capacità di gestire il denaro
- 1 = Fare acquisti
- 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto

Stato cognitivo (una sola opzione)

- 0 = Orientato
- 1 = Disorientato in alcune sfere qualche volta
- 2 = Disorientato in alcune sfere sempre
- 3 = Disorientato in tutte le sfere qualche volta
- 4 = Disorientato in tutte le sfere sempre
- 5 = Comatoso

Modello comportamentale (ogni opzione osservata)

- 0 = Appropriato
- 1 = Wandering
- 1 = Agitato
- 1 = Confuso
- 1 = Altro

Mobilità (una sola opzione)

- 0 = Deambula
- 1 = Deambula con aiuto di ausili
- 2 = Deambula con assistenza
- 3 = Non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)

- 0 = Nessuno
- 1 = Deficit visivi o uditivi
- 2 = Deficit visivi e uditivi

Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)

- 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi
- 1 = Uno negli ultimi 3 mesi
- 2 = Due negli ultimi 3 mesi
- 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi

Numero di problemi clinici attivi
(una sola opzione)

- 0 = Tre problemi clinici
- 1 = Da tre a cinque problemi clinici
- 2 = Più di cinque problemi clinici

Numero di farmaci assunti
(una sola opzione)

- 0 = Meno di tre farmaci
- 1 = Da tre a cinque farmaci
- 2 = Più di cinque farmaci

FIRMA DEL MEDICO

TOTALE: ____/40

*sfere: spazio, tempo, luogo, sè

I contenuti del presente documento sono confidenziali, pertanto ne è vietata riproduzione e divulgazione se non espressamente autorizzate.

Riferimenti bibliografici

Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock & Cason, 1992)

 RSA CDI MINIALLOGGI RICHIESTA DI
INVALIDITA'**SCHEDA DI INSERIMENTO**

Informazioni anagrafiche

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il ___ / ___ / _____

Residente _____ via/piazza _____ n° _____

Professione, pensione, invalidità

Professione svolta in passato _____

Pensione SI' NO Ente erogatore _____

Invalidità SI' NO Codice invalidità _____

Modalità di gestione del reddito

Anziano stesso Familiare Amministratore Altro

Persona/familiare di riferimento

Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)

Medico di Assistenza Primaria

Dott./Dott.ssa _____

Tel.....

Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)

Provenienza

Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro

Parte per la famiglia/caregiver

Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Comportamenti auto lesivi	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Fumo	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Alcol	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>
Masticazione	Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/> SI' la usa <input type="checkbox"/> SI' ma non la usa <input type="checkbox"/>
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Continenza vescicale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
Continenza intestinale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Vista	Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Ipo visus/cecità <input type="checkbox"/>
Udito	Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Ipoacusia/sordità <input type="checkbox"/>
Capacità di leggere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Capacità di scrivere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Linguaggio	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

<p>Mobilità</p>	<p>Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Con ausilio <input type="checkbox"/></p> <p>Protesi <input type="checkbox"/></p> <p>Allettato <input type="checkbox"/></p>
<p>Capacità di salire le scale</p>	<p>Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Con ausilio <input type="checkbox"/></p> <p>Non in grado <input type="checkbox"/></p>
<p>Trasferimento letto/carrozzina/poltrona</p>	<p>Autonomo <input type="checkbox"/></p> <p>Con aiuto <input type="checkbox"/></p> <p>Non in grado <input type="checkbox"/></p>
<p>Uso della sedia a rotelle</p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>Autonomo nell'uso SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Ausili utilizzati</p>	<p>Nessuno <input type="checkbox"/></p> <p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>Specificare quali _____</p> <p>Di proprietà <input type="checkbox"/></p> <p>Fornito da _____</p> <p>Il ____/_____/____</p>
<p>Accetta la terapia</p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI' <input type="checkbox"/></p>
<p>Assume la terapia autonomamente</p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI' <input type="checkbox"/></p>
<p>Sonno - riposo</p>	<p>Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Disturbato <input type="checkbox"/></p> <p>Insonnia <input type="checkbox"/></p>

Parte per la famiglia/caregiver

Aggressività	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/>
Tendenza alla fuga/perdersi	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi 6 mesi	SI' <input type="checkbox"/> Numero cadute _____ NO <input type="checkbox"/>
Utilizza una contenzione	SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____ _____ NO <input type="checkbox"/>
Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

ALL'ATTO DEL RICOVERO, SI RACCOMANDA DI CONSEGNARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

data

firma

.....

.....



Fondazione Giuseppe e Giuliana Ronzoni O.N.L.U.S.

Residenza Sanitaria Assistenziale

DOC.002.INFORMATIVA PRIVACY.INFORMATIVA DOMANDA D'INGRESSO

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13 Reg. (UE) 2016/679

1. Titolare

Il Titolare del trattamento dei dati è la **Fondazione Giuseppe e Giuliana Ronzoni ONLUS C.F. 83000410122** - P. Iva 00666710124, nella persona del legale rappresentante protempore, con sede in Besozzo 21023, Via Degli Orti 14, telefono 0332770216, e-mail: info@fondazioneronzoni.it pec: fondazioneronzoni@pec.it

2. Responsabile della protezione dei dati personali (*Data Protection Officer* – c.d. DPO)

Il DPO nominato e reperibile ai seguenti dati di contatto: presso Labor Service srl, via Righi n. 29, 28100 Novara (NO), telefono 0321.1814220 e-mail: privacy@labor-service.it pec: pec@pec.labor-service.it

3. Finalità

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 Regolamento (UE) 2016/679, di seguito "GDPR"), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, e finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'ospite in fase di pre-ingresso e alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso, alla gestione amministrativa, compreso l'inserimento in lista d'attesa, ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge.

4. Basi giuridiche

I trattamenti dei dati personali hanno quali basi giuridiche (art. 6 GDPR): l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

Per il trattamento dei dati particolari quali quelli relativi allo stato di salute in fase di pre-ingresso è necessario il consenso esplicito.

5. Destinatari

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono al Titolare servizi connessi alla corretta esecuzione dell'attività istituzionale in capo al Titolare e, nello specifico: a Organismi del Servizio Sanitario Nazionale (ASL/ATS di competenza, Ospedali, Cliniche e Laboratori di analisi), ai medici, a società e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), a consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle compagnie assicuratrici. Inoltre, i dati potranno essere comunicati a terzi esclusivamente al fine di dar corso ad eventuali richieste ricevute e/o ottemperare ad obblighi di legge: Pubbliche Amministrazioni, Organismi di Vigilanza, forze di Polizia, uffici giudiziari, enti con funzioni previdenziali, socio-assistenziali e/o educative. Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno e tutori.

6. Trasferimento dati

Il Titolare del trattamento non ha intenzione di trasferire i dati personali dell'interessato verso un Paese terzo all'Unione Europea o verso un'organizzazione internazionale.

Fondazione Giuseppe e Giuliana Ronzoni Onlus - Via degli Orti, 14 – 21023 Besozzo (VA)

Tel. 0332 770216 – Fax 0332 970682 – e-mail: info@fondazioneronzoni.it – PEC: fondazioneronzoni@pec.it

C.F. 83000410122 – P. IVA 00666710124 – R.E.A. 289632 – www.fondazioneronzoni.it



Fondazione Giuseppe e Giuliana Ronzoni O.N.L.U.S.

Residenza Sanitaria Assistenziale

DOC.002.INFORMATIVA PRIVACY.INFORMATIVA DOMANDA D'INGRESSO

7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del servizio eventualmente erogato dal Titolare, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato ha il diritto di:

- chiedere al Titolare conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, ottenendo tutte le informazioni indicate all'art.

15 GDPR (diritto di accesso);

- chiedere la rettifica di dati inesatti o richiederne l'integrazione, qualora essi siano incompleti (art. 16 GDPR);

- ottenere la cancellazione dei dati personali, qualora ricorra uno dei motivi indicati all'art. 17 GDPR;

- ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR;

- revocare il consenso prestato per il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute, senza che sia pregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca (art. 7, par. 3 GDPR);

Tutti i sopraesposti diritti possono essere esercitati comunicandolo al Titolare attraverso i dati di contatto sopra citati.

Inoltre, l'interessato ha il diritto di:

- proporre reclamo ad un'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali)

9. Il conferimento dei dati personali costituisce requisito necessario per la conclusione del successivo contratto. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso al contratto e agli altri adempimenti legali connessi.

Il sottoscritto In qualità di

dichiara di aver preso visione della presente informativa

e

PRESTA il consenso al trattamento dei dati particolari ex art. 9 GDPR come sopra indicato

Luogo e data _____

Firma del Compilatore dichiarante _____

Fondazione Giuseppe e Giuliana Ronzoni Onlus - Via degli Orti, 14 – 21023 Besozzo (VA)

Tel. 0332 770216 – Fax 0332 970682 – e-mail: info@fondazioneronzoni.it – PEC: fondazioneronzoni@pec.it

C.F. 83000410122 – P. IVA 00666710124 – R.E.A. 289632 – www.fondazioneronzoni.it