

DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA

Questa modulistica di ingresso è valida per l'inserimento nella RSA S. Chiara di Volterra.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

in qualità di ☐ AdS ☐ Tutore ☐ Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail per comunicazioni (obbligatoria)

_____ @ _____

Periodo interessato dal _____ al _____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico	Indirizzo
1)			
2)			
3)			

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: ☐ M ☐ F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Residente in Via _____ n. ____ città _____ (____)

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

_____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno ☐ sì ☐ no Scadenza _____ / _____ / _____

Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
☐ Condizioni abitative non idonee ☐ Vive solo/sola ☐ Perdita autonomia ☐ Quadro clinico compromesso ☐ Mantenimento/miglioramento capacità residue ☐ Rischio permanenza al domicilio ☐ Altro (ad es: problematiche sociofamiliari) _____ _____ _____

PROVENIENZA
☐ Domicilio ☐ Ospedale ☐ Struttura psichiatrica ☐ Istituto di riabilitazione ☐ Altra RSA ☐ Altro: _____ _____ _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
☐ Privato ☐ Convenzionato CON IL SEGUENTE ENTE _____

CONVENZIONE
☐ Temporaneo ☐ Definitivo

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
☐ SÌ ☐ NO,

SITUAZIONE FAMILIARE
☐ Coniugato/a ☐ Divorziato/a ☐ Celibe/nubile ☐ Separato/a ☐ Vedovo/a ☐ Altro: _____
☐ Fratelli (N:) ☐ Sorelle (N:)
☐ Figli (N:) ☐ Figlie (N:)

INVALIDITÀ CIVILE
☐ In attesa di invalidità civile ☐ Invalidità Percentuale: _____ %
Indennità accompagnamento ☐ sì ☐ no ☐ In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI
☐ Nessuna scolarità ☐ Licenza elementare ☐ Diploma medie inferiori ☐ Diploma medie superiore in _____ ☐ Laurea in _____ ☐ Altro: _____ ☐ Professione pre pensionamento _____ ☐ Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE
Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: ☐ NO ☐ SÌ (specificare):
☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
☐ CD (Centro Diurno) _____
☐ Associazioni di volontariato _____
☐ Altro (ad esempio: supporto vicinato, etc) _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- ☐ Direttamente
- ☐ Servizio Sociale di: ☐ Centri Sociali Territoriali ☐ Ospedale
- ☐ Medico di Medicina Generale (medico curante)
- ☐ Medico specialista
- ☐ Passaparola
- ☐ Pubblicità
- ☐ Eventi/manifestazioni
- ☐ Internet
- ☐ Associazioni

AL FINE DI ORGANIZZARE IL RICOVERO IN RSA, SI RICHIEDONO LE SEGUENTI INFORMAZIONI :

PATOLOGIE IN ATTO:

☐ DEMENZA ☐ PARKINSON ☐ ALTRO _____

AUTONOMIA:

☐ DEAMBULAZIONE AUTONOMA ☐ DEAMBULAZIONE ASSISTITA (A BRACCETTO)
☐ DEAMBULAZIONE CON AUSILI ☐ CARROZZINA
☐ ALLETTATO

STATO DI COSCIENZA

☐ VIGILE E ORIENTATO ☐ VIGILE PARZIALMENTE ORIENTATO
☐ NON ORIENTATO ☐ SOPOROSO
☐ COMATOSO

STATO DEL SONNO

☐ REGOLARE ☐ IRREGOLARE ☐ NON DORME

COMPORTAMENTO

☐ TENDENTE ALLA DEPRESSIONE E/O ANSIA ☐ TRANQUILLO
☐ TENDENTE ALLA FUGA ☐ COLLABORANTE
☐ VIOLENTO VERSO GLI ALTRI ☐ POCO COLLABORANTE
☐ VIOLENTO VERSO SE STESSO ☐ NON COLLABORANTE
☐ AGITATO

HA TENDENZA ALLA DEAMBULAZIONE CONTINUA? (WANDERING) ☐ SI ☐ NO

TERAPIE

E' IN TERAPIA CON OSSIGENO? ☐ SI ☐ NO

SE SI PER QUANTE ORE AL GIORNO? _____ DI NOTTE? _____

E' IN TERAPIA CON FARMACI ENDOVENA? ☐ SI ☐ NO

HA ACCESSI VENOSI CENTRALI E/O PERIFERICI ? ☐ SI ☐ NO

SE SI DI QUALE TIPO? _____

UTILIZZA MACCHINE PER IL SUPPORTO ALLA RESPIRAZIONE (ES. CPAP-BPAP)? ☐ SI ☐ NO

SE SI QUALE TIPO? _____

FUMO ☐ NO ☐ MENO DI 10 AL GIORNO ☐ TRA 10 E 20 AL GIORNO ☐ PIÙ DI 20 AL GIORNO

VACCINAZIONE ANTI COVID-19

☐ NON EFFETTUATA

☐ EFFETTUATA

INDICARE ULTIMA DOSE {1°} {2°} {3°} {4°} IN DATA ____/____/____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.Lgs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

COMPILAZIONE RISERVATA AGLI UFFICI

NUCLEO DI APPARTENENZA _____

INGRESSO PREVISTO IL _____

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO
DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO*(ex art. 13 GDPR 2016/679)***TRATTAMENTO: SA05.1 - Richieste ricovero o inserimento in struttura**

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **APSP Santa Chiara**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **APSP Santa Chiara**

Sede: **Borgo Santo Stefano, 153 - 56048 Volterra PI, IT**

Contatti e recapiti:

E-mail	info@santa-chiara.it
Sito Web	www.santa-chiara.it

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Servizi sociali e di assistenza	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; Stato di salute	Il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso - Norma Stato membro (L.R. Toscana 40/2005 e 41/2005)

Destinatari: I suoi dati non saranno comunicati ad alcun destinatario.

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: Distruzione dopo 5 anni dalla richiesta o inserimento nel fascicolo dell'ospite in caso di ingresso in struttura
- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali

Inoltre,

ha l'obbligo contrattuale di fornire i suoi dati, l'assenza dei quali è da considerare una violazione delle clausole ivi contenute ovvero la conoscenza dei suoi dati personali è requisito necessario per la conclusione del contratto e non sarà possibile procedere alla sua stipula in assenza di essi.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a _____ Luogo e data di nascita _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento APSP Santa Chiara secondo le finalità riportate di seguito:

Servizi sociali e di assistenza

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:
Servizi sociali e di assistenza

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Stato di salute (Dati relativi alla salute)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche

Località e data: _____

Firma dell'interessato
