



*CSD Il Gignoro*  
Domanda di ammissione

**M 01 RSA**

UNI EN ISO 9001

CSD IL GIGNORO, VIA DEL GIGNORO, 40 50135 FIRENZE  
TEL. 055 608002 – FAX 055 611550 – MAIL: [ilgignoro@diaconiavaldese.org](mailto:ilgignoro@diaconiavaldese.org)

**Riservato all'Ufficio: Riportare la data di arrivo .....**

**Interessata/o:**

Cognome ..... Nome .....

F  M  Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

C.F. ....

Residenza in via ..... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Telefono ..... Stato civile .....

Titolo di studio ..... Attività lavorativa pregressa .....

Medico di medicina generale ..... telefono .....

E-mail .....

**Familiare o persona di riferimento:**

Cognome e Nome ..... Grado di parentela .....

Con nomina (*allegare copia con relativi documenti di identità*) per  Amm. Sostegno  Tutor  Procura

Residenza/studio in via .....

Comune ..... Prov. .... C.A.P. ....

Telefono ..... E-mail .....

**Servizio Richiesto**

**RSA:**  BIA (Bassa intensità assistenziale)  Modulo Base  Modulo Cognitivo-comportamentale

Tipo di camera richiesta:  solo singola  anche doppia

---

**Centro Diurno:**  autosufficiente  non autosufficiente

n°..... gg alla settimana giorni preferiti .....

giornata intera  mezza giornata ( con pranzo;  senza pranzo) Trasporto:  sì  no



*CSD Il Gignoro*  
*Domanda di ammissione*

**M 01 RSA**

UNI EN ISO 9001

**Segnalazioni sullo stato di salute**

<b>Capacità di nutrizione:</b>	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> non autonoma
	<input type="checkbox"/> necessità di supervisione	<input type="checkbox"/> necessità di assistenza
	<input type="checkbox"/> protesi dentaria completa	<input type="checkbox"/> protesi superiore <input type="checkbox"/> protesi inferiore
<b>Deambulazione:</b>	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> autonoma con ausilio
	<input type="checkbox"/> dipendente da accompagnatore	<input type="checkbox"/> non deambulante
<b>Scale:</b>	<input type="checkbox"/> non è in grado	<input type="checkbox"/> pochi scalini <input type="checkbox"/> una rampa (10 scalini)
<b>Problemi di incontinenza:</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> urinaria <input type="checkbox"/> fecale <input type="checkbox"/> catetere <input type="checkbox"/> stomia
<b>Linguaggio:</b>	<input type="checkbox"/> parla in modo comprensibile	<input type="checkbox"/> ha difficoltà a parlare
<b>Vista:</b>	<input type="checkbox"/> vede bene	<input type="checkbox"/> ipovedente <input type="checkbox"/> occhiali
<b>Udito:</b>	<input type="checkbox"/> sente bene	<input type="checkbox"/> ipoacusia <input type="checkbox"/> protesi dx <input type="checkbox"/> protesi sx
<b>Orientamento:</b>	<input type="checkbox"/> orientata/o nello spazio	<input type="checkbox"/> parzialmente orientata/o <input type="checkbox"/> non orientata/o
<b>Rischio fuga:</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si alza mettendosi in pericolo <input type="checkbox"/> tende ad allontanarsi
<b>Aggressività:</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verso di sé
Quando diventa aggressiva/o .....		
.....		
.....		
.....		
Eventuali patologie da segnalare: .....		
.....		
.....		
.....		

**SOLO PER LE DOMANDE DI AMMISSIONE IN RSA SI RICHIEDE DI ALLEGARE COPIA:**

- **EVENTUALE PAP DEI SERVIZI SOCIALI**
- **RELAZIONE MEDICA RECENTE**
- **CARTA DI IDENTITÀ**
- **TESSERA SANITARIA**
- **EVENTUALE INVALIDITÀ ED ESENZIONI**



*CSD Il Gignoro*  
*Domanda di ammissione*

**M 01 RSA**

UNI EN ISO 9001

Il/La sottoscritto/a .....,  richiedente o  in qualità di .....  
dichiara:

di accettare la retta giornaliera privata approvata dal Comitato di gestione della CSD il Gignoro

di avere impegnativa e/o autorizzazione della ASL ( definitiva     ricovero di sollievo)

aver presentato domanda presso il Centro Sociale .....  
con pratica seguita dall'Assistente Sociale .....

Data .....

Firma .....

**SI INFORMA CHE È POSSIBILE RIMANDARE L'INGRESSO PER DUE VOLTE, AL TERZO DINIEGO È NECESSARIO METTERE NUOVAMENTE LA DOMANDA CHE SARÀ INSERITA IN FONDO ALLA LISTA**

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

Eventuali note all'arrivo della domanda: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Ai sensi e per gli effetti del EU 2016/679 per la tutela del trattamento dei dati personali**

Gentile Signora, Gentile Signore,

Desideriamo informarla che il Regolamento UE 2016/679 e il DLgs 196/03 (come modificato dal DLgs 101/18) relativi alla “protezione dei dati personali”

1. Prevedono una serie di obblighi per chi effettua “trattamenti” (cioè raccolta, elaborazione, comunicazione, diffusione, ecc.) - detto “titolare del trattamento” - di dati personali riferiti a terzi soggetti - detto “interessato/a” -;

#### **Trattamento**

2. Il trattamento dei Suoi dati personali, e di quelli dei suoi e delle sue familiari di che ci verranno comunicati, è e sarà svolto in esecuzione degli obblighi legali e contrattuali relativi all'erogazione dei servizi come da contratto stipulato da lei/suo familiare con la struttura/servizio indicati in calce e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza. Il trattamento riguarderà anche dati personali “sensibili”, ad esempio: stato di salute, credenze religiose, ecc.

#### **Finalità del trattamento**

3. I dati personali identificativi e particolari da Lei forniti alla nostra struttura/servizio verranno trattati per la fornitura dei servizi come da contratto stipulato da lei/suo familiare incluso utilizzo dentro la struttura (nomi x compleanni, foto sulle porte, riprese di gruppo, ecc.) e, previo suo consenso per l'invio di comunicazioni informative e/o promozionali inclusa eventuale newsletter relativa a servizi e attività della Diaconia Valdese
4. Le suddette finalità possono comportare la necessità di trattare dati (anche “sensibili”) relativi ad altri soggetti (es. coniuge, figlie e figli, ecc.), in tal caso i dati personali relativi ad altri soggetti saranno trattati con le stesse modalità e finalità dei Suoi

#### **Base giuridica del trattamento**

5. Il trattamento dei Suoi/Vostri dati per le finalità suindicate è svolto lecitamente:
  - in quanto è effettuato in esecuzione di un contratto di erogazione di servizi alla persona di cui Lei è parte e necessario per adempiere un obbligo legale incombente sul Titolare del trattamento in materia fiscale e contabile
  - nella misura in cui lei abbia espresso il proprio consenso sul presente documento

#### **Modalità del Trattamento**

6. Il trattamento avverrà con sistemi manuali e/o automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse, sulla base dei dati in nostro possesso e con impegno da parte Sua/Vostra di comunicarci tempestivamente eventuali correzioni, integrazioni e/o aggiornamenti

#### **Comunicazione e Diffusione**

7. I Suoi/Vostri dati non saranno oggetto di diffusione, ma saranno all'occorrenza comunicati, in base alle norme vigenti e per quanto di competenza a:
  - uffici del Servizio Sanitario Nazionale al fine di poter garantire l'assistenza sanitaria in caso di visite e/o di ricovero ospedaliero e Servizi Socio Assistenziali
  - Enti pubblici e privati nell'ambito di attività extra struttura rientranti nel percorso di vita dell'ospite/utente/beneficiario/a
  - Enti istituzionali (Provincia e Regione) su loro richiesta e in forma aggregata ed anonima per l'effettuazione di elaborazioni statistiche, studi di settore, ecc.
  - soggetti che possono accedere ai Suoi/Vostri dati in forza di disposizioni di legge o di normativa secondaria o comunitaria
  - ulteriori Responsabili per il trattamento dei dati in esecuzione di contratti in essere e futuri con il Titolare ed espressamente da questo designati (es. servizi di consulenza informatica, servizi di ristorazione, etc.)

#### **Natura obbligatoria della comunicazione dei dati**

8. Il conferimento dei dati da parte Sua/Vostra ha natura obbligatoria e, per l'esecuzione del contratto con Lei in essere, i dati sono indispensabili e il loro trattamento è considerato lecito
9. Il mancato conferimento dei dati di cui sopra e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe l'impossibilità di offrire il servizio.

#### **Periodo conservazione dei dati**

10. I dati saranno conservati in una forma che consenta la sua identificazione per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per cui sono trattati, e comunque nel rispetto degli obblighi di legge relativi ai tempi di conservazione dei dati.

#### **Diritti dell'interessato/ dell'interessata**

11. In relazione ai dati oggetto del trattamento di cui alla presente informativa alla persona interessata è riconosciuto in qualsiasi momento il diritto di:
  - accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, opposizione al trattamento
  - proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali
  - essere informato/informata, dal/dalla Titolare o Responsabile, dei dati eventualmente nominati previsti dalla normativa.

#### **Esercizio dei diritti**

12. I diritti di cui sopra potranno essere esercitati con richiesta rivolta senza formalità, con invio di mail, alla Direzione di area e/o all/alla responsabile della struttura con cui si è stipulato il contratto in essere. La richiesta potrà essere inviata a mezzo posta elettronica all'indirizzo mail della struttura con cui è in essere il contratto.

#### **Titolare del trattamento**

13. Il/La titolare del trattamento dei dati è la Commissione Sinodale per la Diaconia nella figura del/della Presidente Pro-Tempore, con sede in Torre Pellice TO, via Angrogna 18 [privacy@diaconiavaldese.org](mailto:privacy@diaconiavaldese.org)

#### **Responsabile della Protezione dei Dati**

14. Il Titolare del trattamento ha provveduto alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) che può essere contattato al seguente indirizzo [dpo@diaconiavaldese.org](mailto:dpo@diaconiavaldese.org)

**CONFERIMENTO DATI PERSONALI**

<b>Struttura</b>	
<b>Indirizzo mail</b>	

***CONSENSO DELLA PERSONA INTERESSATA al conferimento dei dati personali***

Il/la sottoscritto/sottoscritta

<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Indirizzo mail</b>	

in qualità di:

Persona direttamente interessata

**OPPURE**

In qualità di (indicare genitore, figlia/o, coniuge, tutore/tutrice, ...)

del/della cliente: Signor o Signora:

acquisite le informazioni suindicate, **presta o nega il proprio consenso** al trattamento dei dati personali identificativi e particolari per le specifiche finalità sotto indicate

Utilizzo dati necessari all'erogazione del servizio richiesto come indicato in <b>finalità del trattamento. Il mancato consenso non consente l'esecuzione del contratto.</b>	<input type="checkbox"/> Do il consenso <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Condivisione delle eventuali immagini <b>ESCLUSIVAMENTE</b> per gli scopi delle attività indicate in informativa. Il mancato consenso potrebbe impedire la partecipazione ad alcune attività specifiche	<input type="checkbox"/> Do il consenso <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Utilizzo delle immagini per il progetto stesso e per pubblicazioni e promozione della Diaconia Valdese, su strumenti quali: siti internet, pagine social network, riviste, pieghevoli, video, ecc. Il mancato consenso non comporta la mancata esecuzione del contratto.	<input type="checkbox"/> Do il consenso <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Utilizzo dei dati per invio materiale promozionale da parte della Diaconia Valdese. Il mancato consenso non comporta la mancata esecuzione del contratto.	<input type="checkbox"/> Do il consenso <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Condivisione dei propri dati per comunicazioni interne all'attività stessa (info condivise tra genitori, discendenti, gruppo di incontro, ecc.). Il mancato consenso non comporta la mancata esecuzione del contratto.	<input type="checkbox"/> Do il consenso <input type="checkbox"/> Nego il consenso

<b>Luogo e data</b>	<b>Firma leggibile (in caso di minore e/o tutela firma di un genitore o un/una tutrice)</b>