



FONDAZIONE  
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299  
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

**DOMANDA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA  
RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale)**

Cognome ..... Nome ..... Sesso  M  F

Nato a ..... il .....

Cittadinanza ..... Figli n° ..... M, n° ..... F

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Stato civile  CELIBE/NUBILE  
 VEDOVO/A di .....
- CONIUGATO con .....
- SEPARATO
- DIVORZIATO

Residente a ..... CAP .....

in Via ..... n. ....

Titolo di studio ..... Precedente occupazione .....

ATS di Residenza ..... Tessera Sanitaria N.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico curante ..... telefono .....

PAZIENTE VACCINATO COVID SI  NO

N. DOSI SOMMINISTRATE 1  2  3

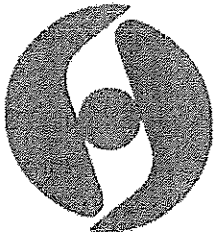
È invalido? civile  del lavoro  di guerra  in corso

Se SI, allegare copia del verbale di invalidità

Pensione: anzianità/vecchiaia  minima/sociale  reversibilità  nessuna  altro

Soggetto con assegno di accompagnamento  SI  NO  NO (domanda presentata)

Vive con:  coniuge/convivente  coniuge/figli  figli  parenti  badante  solo/a  
 altro (RSA, ALLOGGIO PROTETTO, COMUNITA'.....)



FONDAZIONE  
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299  
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

**PARENTI E PERSONE DI RIFERIMENTO**

Grado parentela	Cognome e nome	Indirizzo (via, C.A.P., città)	Telefono, e-mail

Indicare al primo posto la persona a cui fare riferimento di preferenza per la presente pratica

**CONDIZIONE ABITATIVA DELL'UTENTE**

Piano ..... Ascensore  SI  NO  
Barriere architettoniche  SI  NO Servizi igienici  SI  NO  
Abitazione  proprietà  uso gratuito  affitto  
Riscaldamento  centralizzato  autonomo  mancante

Note di rilievo .....

**ALLA PRESENTE DOMANDA SI DEVE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGARE:**

- Fotocopia leggibile fronte retro della tessera sanitaria
- Fotocopia dell'eventuale verbale di invalidità
- Certificato medico come da modulo allegato
- Certificato vaccinale/green pass

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali inseriti nella domanda ai sensi del D.Lgs 196/03 e si impegna a comunicare l'eventuale rinuncia alla presente istanza nonché eventuali variazioni ai dati sopra indicati con particolare riferimento ai recapiti forniti.

**Dati di chi presenta la domanda se diversi dall'interessato**

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

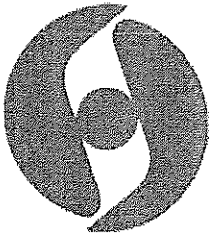
in qualità di:  familiare (grado di parentela) .....,  tutore,  amministratore di sostegno

Residente a..... Via..... N°.....

Recapito telefonico..... e-mail .....

Data ..... Firma di chi presenta la domanda.....

**N.B. Il modulo deve essere compilato in tutti i suoi campi**



# FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

Piazza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299  
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: [www.fondazioneospiro.it](http://www.fondazioneospiro.it) - Mail: [fondazione@fondazioneospiro.it](mailto:fondazione@fondazioneospiro.it)

## INFORMATIVA PRIVACY RICHIESTA INSERIMENTO LISTA DI ATTESA RSA Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e D.lgs. 101/2018

*Per formulare istanza di ingresso nella RSA di Fondazione è necessario fornire da una serie di dati personali del richiedente ricoverando e dei suoi familiari. Questi dati sono di natura comune e particolare.*

### 1) QUALI DATI SONO NECESSARI PER ACCOGLIERE E VALUTARE LA DOMANDA DI RICOVERO?

- Nome, Cognome, Data di nascita Domicilio, Recapito telefonico, indirizzo mail; Cod. Fisc., copia tessera sanitaria;
- Stato civile, titolo di studio, ultima occupazione, medico curante.
- Copia eventuale verbale stato di invalidità ed esenzioni
- Tipo di pensione percepita ed eventuale assegno di accompagnamento;
- Condizioni abitative al momento della domanda;
- Stato di salute generale, assunzione di medicinali, tossico dipendenza, sieropositività, presenza di handicap, sanità mentale, esiti medici precedenti ecc;
- Dati giudiziari
- Nome cognome grado di parentela indirizzo numero telefonico ed e mail dei parenti o persone di riferimento
- Nome, Cognome, Domicilio, Recapito telefonico, indirizzo mail, del tutore/amministratore di sostegno/familiare che presenta la domanda per conto del richiedente il ricovero;
- Certificazione medica attestante lo stato di salute del richiedente il ricovero redatta dal proprio medico curante o specialista;
- Eventuali certificazioni vaccinali o analoghe imposte dall'Autorità Sanitaria o richieste dalla Struttura a tutela e prevenzione del diffondersi di epidemie o virus.

### 2) A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I DATI PERSONALI?

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente per valutare la richiesta di ricovero e compilare la lista di attesa. All'atto dell'eventuale ricovero verrà sottoposta nuova e specifica informativa.

### 3) PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I DATI PERSONALI?

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 del Reg. UE n. 2016/679 e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, modifica, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo; interconnessione, blocco, limitazione, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. In particolar modo il trattamento avrà una durata non superiore a quella necessaria agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e secondo i termini di legge previsti dalla Delibera Giunta Regione Lombardia n. X/325 del 27/06/2013 e s.m.l.

### 4) A QUALI SOGGETTI ESTERNI ALLA FONDAZIONE POTREMMO COMUNICARE LE INFORMAZIONI ACQUISITE?

I dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra a:

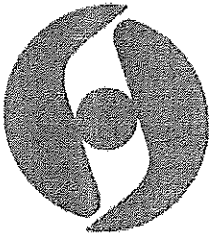
- dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di incaricati interni al trattamento, Responsabili interni al trattamento e amministratore di sistema;
- società terze quali: Legali, Società di manutenzione dei software, operanti come Responsabili esterni del trattamento.

Senza la necessità di un espresso consenso (art. 6 Reg. UE n. 2016/679), il Titolare potrà comunicare i Suoi dati per le finalità di cui al punto 2: Ats; Asst; Regioni; Comuni; Tribunali; all'Autorità Giudiziaria;

Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

### 5) DA CHI POTREMMO RICAVERE INFORMAZIONI SUGLI OSPITI?

I dati oggetto del trattamento possono essere acquisiti per tramite del richiedente ricovero o della figura di riferimento Posta a tutela dello stesso (Ads; Tutore; Curatore, familiare) o dal familiare di riferimento.



# FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299  
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: [www.fondazionesospiro.it](http://www.fondazionesospiro.it) - Mail: [fondazione@fondazionesospiro.it](mailto:fondazione@fondazionesospiro.it)

## 6) POSSONO ESSERE TRASFERITI DATI IN PAESI EXTRA UE?

Non si effettua trasferimento di dati in paesi Extra Ue.

## 7) SONO OBBLIGATO A FORNIRE DATI PERSONALI? CHE COSA ACCADE SE MI RIFIUTO DI FORNIRE IL CONSENSO?

Il conferimento dei dati per le finalità di cui sopra è strettamente necessario. In loro assenza, Infatti, non potremo accogliere la richiesta, sottoporla a valutazione ed inserire il richiedente in lista di attesa.

## 8) QUALI SONO I TUOI DIRITTI E A CHI TI PUOI RIVOLGERE?

In base al Reg.to UE 2016/679, Cap. III:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e dei rappresentante; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) 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 rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
  - d. copia delle informazioni in nostro possesso in un formato comune e interoperabile;
  - e. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;Inoltre, l'interessato ha il diritto di:
  - f. revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
  - g. proporre reclamo ad un'Autorità di Controllo;E' possibile richiedere al titolare, una "DICHIARAZIONE DI ATTESTAZIONE" idonea a certificare che le richieste avanzate siano state effettivamente risolte e portate a conoscenza di coloro ai quali erano stati precedentemente diffusi e comunicati i dati.  
In quanto soggetto interessato, Lei potrà anche delegare una terza persona con una copia della procura ovvero della delega sottoscritta in presenza di un incaricato o sottoscritta e presentata unitamente a una fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento dell'interessato. Il titolare è tenuto a dare riscontro alla richiesta entro 30 giorni dalla data di inoltra o altri 30 giorni nel caso in cui la risposta sia problematica, in ogni caso entro il 30 esimo giorno. Le verrà data comunicazione scritta delle motivazioni del ritardo. Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando una raccomandata o una e-mail al Titolare.

## 9) DATI DI CONTATTO

**Titolare del Trattamento dei Dati personali:** FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO, Piazza Libertà, 2 – 26048 Sospiro (CR), [fondazione@fondazionesospiro.it](mailto:fondazione@fondazionesospiro.it)

**Referente del Trattamento dei Dati personali:** Dott. Ferruccio Giovetti, Piazza Libertà, 2 – 26048 Sospiro (CR), [Ferruccio.giovetti@fondazionesospiro.it](mailto:Ferruccio.giovetti@fondazionesospiro.it), tel 03726201

**Responsabile della protezione dei dati personali:** Dott.ssa Virginia G. Basiricò, Piazza Libertà, 2 – 26048 Sospiro (CR), [rpd@fondazionesospiro.it](mailto:rpd@fondazionesospiro.it), tel 03726201

Trattamento

Il Titolare del

Il Presidente

SCOTTI Giovanni



FONDAZIONE  
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

B.zza Uberta, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372 6201 - Fax: 0372/620299  
C.F. 0206039126 - P.I. 95285470129 - Web: [www.fondazioneosp.it](http://www.fondazioneosp.it) - Email: [fondazione@fondazioneosp.it](mailto:fondazione@fondazioneosp.it)

Signor/a \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

**Condizioni sanitarie (CIRS) (obbligo di precisare le patologie)**

ACV (solo cuore) _____	1	2	3	4	5
Iperensione (si valuta la severità, considerare gli organi coinvolti separatamente) _____	1	2	3	4	5
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) _____	1	2	3	4	5
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) _____	1	2	3	4	5
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) _____	1	2	3	4	5
Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) _____	1	2	3	4	5
Apparato G.I. inferiore (intestino, emie) _____	1	2	3	4	5
Patologie epatiche (solo fegato) _____	1	2	3	4	5
Patologie renali (solo rene) _____	1	2	3	4	5
Altre genito-urinarie (uretteri, vescica, uretra, prostata, genitali) _____	1	2	3	4	5
Sistema muscolo-scheletrico - cute _____	1	2	3	4	5
Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza) _____	1	2	3	4	5
Endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, stati tossici) _____	1	2	3	4	5
Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) _____	1	2	3	4	5

**Leggenda patologie in atto: 1 - Assente; 2 - Lieve; 3 - Moderato; 4 - Grave; 5 - Molto grave:**

**Altri problemi sanitari**

Diete particolari  \_\_\_\_\_ Disfagia  SNG/PEG   
Patologia oncologica avanzata  \_\_\_\_\_ Stato Vegetativo Persistente   
Sclerosi Multipla  Sclerosi Laterale Amiotrofica  Ossigenoterapia  Tracheotomia   
Patologia psichiatrica  \_\_\_\_\_ Alcoolismo  Tabagismo   
Malattie infettive:  \_\_\_\_\_ Presenza lesioni da decubito  \_\_\_\_\_  
Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_



FONDAZIONE  
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

Via Libertà 2 - 52046 Sospiro (GR) - Tel. 0372 6201 - Fax 0372 629299  
C.F. 80060101195 - C.I.L. 0385479130 - Web: www.fondazioneospiro.it - Mail: fond@fondazioneospiro.it

**Terapie in atto:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Funzioni cognitivo-comportamentali**

	grave	moderato	lieve	assente
Confusione disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria)	1	2	3	4
Irritabilità _____	1	2	3	4
Agitazione motoria _____	1	2	3	4
Deambulazione afinalistica _____	1	2	3	4
Aggressività verbale e fisica, vocalizzi _____	1	2	3	4
Deliri _____	1	2	3	4
Ansia _____	1	2	3	4
Depressione _____	1	2	3	4
Insomnia _____	1	2	3	4

**Funzioni psico-sensoriali**

	assente	limitata	integra
Capacità di comunicare	1	2	3
Vista	1	2	3
Udito	1	2	3

**Valutazione dell'autonomia nelle ADL (Indice di Barthel)**

	1 dipendenza completa	2 dipendenza grave	3 dipendenza moderata	4 dipendenza lieve	5 autosuff.
igiene personale	0	1	3	4	5
bagno/doccia	0	1	3	4	5
toilette/uso servizi	0	2	5	8	10
continenza urinaria	0	2	5	8	10
continenza intestinale	0	2	5	8	10
abbigliamento	0	2	5	8	10
alimentazione	0	2	5	8	10
trasferimento letto-sedia	0	3	8	12	15
scale	0	2	5	8	10
deambulazione	0	3	8	12	15
* uso carrozzina	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel \_\_\_\_\_ / 100

Note:.....  
.....  
.....

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_