



**CASA DI RIPOSO**  
 PROVINCIA DI PAVIA  
 COMUNE DI ZAVATTARELLO

Sistema Qualità

Ed.01  
 Rev.01

MODULO 7.1.1

Pag. 1.4

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA RESIDENZA  
 SANITARIO ASSISTENZIALE (RSA)**

Foglio  
 di

Data \_\_\_\_\_

CHIAMATO IL

\_\_\_\_\_

PROT. N. \_\_\_\_\_  
 DEL \_\_\_\_\_  
 N. LISTA \_\_\_\_\_  
 CATEGORIA \_\_\_\_\_

Al Sig. Sindaco del Comune di Zavattarello  
 Rappresentante Legale della **CASA DI RIPOSO  
 COMUNALE**  
 Via V. Emanuele 1 – Tel. – Fax **0383-589766**  
 27059 **Zavattarello - (PV)**

  1   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 accolto presso codesta struttura a tempo indeterminato e con alloggio

in camera singola       in camera doppia.

**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. 13 del *D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali"*, di avere preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali in allegato alla presente domanda 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 e di eventuali comunicazioni sanitarie:

<i>Cognome e Nome e relaz. di parentela</i>	<i>Indirizzo</i>	<i>Telefono</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Distinti saluti.

Firma \_\_\_\_\_

Impossibilitato a firmare per \_\_\_\_\_  
Teste : \_\_\_\_\_ Teste: \_\_\_\_\_

## **IMPEGNATIVA - OBBLIGAZIONE**

Data \_\_\_\_\_

Alla **CASA DI RIPOSO**  
del Comune di Zavattarello  
Via Vittorio Emanuele 1  
27059 **ZAVATTARELLO** (PV)

\_\_\_\_\_ l\_\_\_\_\_ 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. al pagamento mensile della retta di degenza in vigore per l'Ospite succitat\_ entro i primi giorni di ogni periodo ;
2. al pagamento di tutti gli aumenti della predetta retta giornaliera di degenza che verranno stabiliti dalla Giunta Comunale;
3. al versamento del deposito per eventuali spese riguardanti la cura della persona o eventuali particolari esigenze dell'Ospite medesimo ;
4. al pagamento delle spese di trasporto per visite specialistiche ed indagini diagnostico-strumentali fuori sede ritenute utili dal responsabile medico;

#### **Dichiara**

- che quanto sopra avrà effetto dalla data di ammissione dell'ospite;
- 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 domanda di ammissione dovrà essere corredata dei seguenti documenti:

1. **Certificato Medico attestante la totale o parziale non autosufficienza fisica e psichica**, redatto dal medico di famiglia, su apposito modulo predisposto dalla Struttura e convalidato dal medico della stessa.
2. **Certificato di Residenza**
3. **Tessera Sanitaria**
4. **Carta d'identità**
5. **Codice Fiscale**
6. **Impegnativa di corresponsione della retta** da parte del richiedente o della famiglia o dell'Ente Pubblico competente, su modulo predisposto dall'Ente.

Al momento dell'ingresso poi l'ospite dovrà consegnare:

1. **Referto radiologico di torace** con certificato di assenza di malattia tubercolare rilasciato dai presidi pneumotisiologici territoriali (TEST-TINE) recente;
2. **ECG**, recente;
3. **Esami ematici**: VDRL e Markers Epatite A+B+C, recenti;
4. **Coprocoltura**
5. **Eventuale verbale di accertamento d'invalidità civile.**

ALTRI DOCUMENTI ALLEGATI :

---

---

### RISERVATA ALL'UFFICIO

#### PARERE DEL SANITARIO RESPONSABILE DELL'ENTE :

Il sottoscritto Sanitario Responsabile della Casa di Riposo di Zavattarello esprime il seguente parere sulle condizioni psicofisiche del\_\_ ricoverand\_ Sig. \_\_\_\_\_

o Trattasi di persona **non autosufficiente**

o Trattasi di persona **autosufficiente**

NOTE – OSSERVAZIONI – SUGGERIMENTI:

---

---

Timbro e firma \_\_\_\_\_

<b>ACCETTAZIONE DOMANDA</b>	
Data	Firma DSE



## **CASA DI RIPOSO**

PROVINCIA DI PAVIA  
COMUNE DI ZAVATTARELLO-

**D.Lgs. 196/03**

### **INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI.**

*- Allegata alla domanda di ammissione presso la Casa di Riposo di Zavattarello -*

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 i Medici della Struttura compileranno un diario clinico soggetto al segreto professionale, responsabile per questo Ente del trattamento dei Suoi dati personali è:

Dott. Simone Tiglio che, ai fini del *D.Lgs. 196/03*, ha il seguente indirizzo: via V. Emanuele 41- c/o Municipio - 27059 - Zavattarello - PV

#### *Art. 7*

*(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)*

*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:*

- a) dell'origine dei dati personali;*
- b) delle finalità e modalità del trattamento;*
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
- e) 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.*

*4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

Il Legale Rappresentante dell'Ente  
Titolare del Trattamento  
Il Sindaco  
Dott. Simone Tiglio