

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA-CDI DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

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:

_____ @ _____ Altri familiari e

persone di riferimento:

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

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 ____ / ____ / ____ Codice

Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

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 _____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

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

PROVENIENZA
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altra RSA <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza Nucleo Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____ note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ <input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die) _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____
Dove vive: <input type="checkbox"/> Abitazione adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata Perché _____
<input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____
Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...): _____ _____
Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____
Recapiti: _____ _____ _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

SI

NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: _____

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità

- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
 - ↳ Codice: _____
 - ↳ Percentuale: _____ %
 - ↳ Indennità accompagnamento
 - si 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 SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
- CDI (Centro Diurno Integrato) _____
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____

Servizi / interventi Sociali attivi: NO SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto _____
- Associazioni di volontariato _____
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

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 _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↙ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↙ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↙ TESSERA SANITARIA
- ↙ EVENTUALI ESENZIONI
- ↙ VERBALE INVALIDITÀ
- ↙ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina)
- ↙ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 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:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SCHEMA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Cognome e Nome

Data di nascita/...../.....

luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede: Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee <i>(includere ferite chirurgiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Cadute ricorrenti <i>(anche senza conseguenze traumatiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno:

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sordità assoluta <input type="checkbox"/> SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo:	
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data:/...../.....	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	
Eventuali note e osservazioni:		

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
		Scheletrato:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Dieta specifica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:	
Alimentazione enterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: kg	Altezza: cm
Intolleranze <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:	

TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo_____
Dialisi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)	

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....
.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): / / 20....

Nome e Cognome medico curante: Recapito tel.diretto fax e-mail diretta:@.....	Timbro e firma del medico curante
---	-----------------------------------

Data di compilazione: / / 20.....

Modulo	FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	
REV. 2	Cognome e nome:	Unità:

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

(ai fini del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n.196)

Nell'ambito del rapporto instaurato o da instaurarsi con la nostra struttura, la informiamo che la Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus, fa oggetto di trattamento, secondo la definizione di esso data dall'art. 4 comma 1 del D.L.vo 196/2003, dei dati personali che La riguardano, acquisiti con la domanda di ammissione/colloqui e/o attraverso la compilazione di FASAS/cartella clinica.

Il trattamento dei dati è strettamente necessario per le finalità amministrative, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e a scopo scientifico che altrimenti non potrebbero aver luogo.

Il trattamento potrà avere ad oggetto anche dati sensibili e "giudiziari", così come definiti dal D.L.vo 196/2003, quando ciò sia necessario per le finalità sopra citate.

I dati personali definiti "sensibili" sono quelli *"idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale"*. I dati giudiziari sono quelli *"idonei a rilevare provvedimenti in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale"*.

I dati saranno trattati con modalità manuali e con l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati, secondo le modalità e le cautele dal predetto D.L.vo, e conservati per il tempo necessario all'espletamento delle attività riferibili alle predette finalità.

I soggetti che trattano i dati nell'ambito dell'Ente sono:

1. gli incaricati del trattamento amministrativo, tutti vincolati all'assoluta riservatezza;
2. il personale socio sanitario e assistenziale (esclusivamente per i dati necessari alle rispettive attività), tutti vincolati all'assoluta riservatezza.

I dati personali potranno essere comunicati ad altri enti pubblici e privati soltanto nei casi previsti da leggi e regolamenti.

Il responsabile al trattamento dei dati è la Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus legalmente rappresentata da:

- dott.ssa Carla Dotti per il trattamento e la tenuta dati socio-sanitari;
- dott.ssa Stefania Pozzati per il trattamento dei dati del fascicolo amministrativo per ospiti/utenti della sede di Cesano Boscone, o dal Responsabile di filiale per ospiti/utenti delle filiali.

Modulo	FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	
REV. 2	Unità:	Ospite:

Il sottoscritto/a

DATI DEL PAZIENTE

CognomeNome.....

Data e Luogo di nascita.....

DATI DEL: Curatore Amministratore di sostegno Tutore Familiare

CognomeNome.....

(Allegare la documentazione che indica i poteri del Legale Rappresentante)

Data e luogo di nascita.....

DICHIARA

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente, di averla effettivamente compresa, attraverso:
 informativa fornita anche mediante nota scritta;
 il colloquio con un Operatore.
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento
-

DI ACCETTARE
 DI NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza quanto proposto.

Adesione al progetto regionale CRS-SISS

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto a questa Fondazione, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE.

E' inoltre a conoscenza del fatto che, sia la comunicazione al mio medico di base dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno aver luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento dei dati personali in ambito CRS-SISS- Informativa ex art. 76 D.Lgs 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Data.....

FIRMA DEL

Interessato, Curatore, Amministratore di sostegno, Tutore, Familiare

.....

Modulo	FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	
REV. 2	Unità:	Ospite:

PARTE RISERVATA AL PERSONALE

INFORMATIVA: dichiaro di aver fornito l'informazione sul trattamento dei dati sensibili proposto, secondo quanto previsto dalla procedura istituzionale del consenso informato.

Ho consegnato materiale informativo SI NO

Dichiaro di aver verificato l'avvenuta comprensione da parte del sottoscrittore delle informazioni ricevute.

Data.....

FIRMA E TIMBRO DELL'OPERATORE ISF

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Ai sensi del DPR 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Madre/padre Ads/Tutore Familiare

del Sig.re/ra (cognome e nome) _____

ai sensi del D.P.R. sopra richiamato, DICHIARA

che il Sig.re/ra _____ è nato/a a _____

il _____ che è residente a _____

via _____ n. _____

che è cittadino italiano;

che il suo nucleo familiare è così composto:

In fede

Data _____

Firma _____



DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA:

- **Fotocopia Carta di Identità in corso di validità;**
- **Fotocopia Carta Regionale dei Servizi in corso di validità (è la tessera sanitaria);**
- **Fotocopia esenzione tickets;**
- **Fotocopia verbale invalidità;**
- **Fotocopie della documentazione clinica recente;**
- **Fotocopia di eventuale provvedimento giuridico di tutela o amministratore di sostegno;**

La richiesta di inserimento, compilata in ogni sua parte e corredata dai documenti richiesti, dovrà essere consegnata, previo appuntamento, all'Assistente Sociale della Direzione Sociale - Servizio Accettazione, Dott.ssa Marinaci Annamaria (02 45677901) .