



**Centro Diurno Integrato  
Stefania Invernizzi**

Soc. Coop. Sociale

**DOMANDA DI AMMISSIONE  
C.D.I. STEFANIA INVERNIZZI  
MUGGIO'**

Il signor /signora \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ (scala o interno) \_\_\_\_\_

nome o numero indicato sul citofono \_\_\_\_\_

n° telefonico dell'abitazione \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ospitato presso il C.D.I. – Centro Diurno Integrato – “Stefania Invernizzi”.

**DICHIARA**

- di aver preso visione e di accettare il regolamento interno del Centro;
- di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali anche sensibili come da separato modulo;
- di sapere che l'accettazione della presente domanda è comunque subordinata al parere favorevole del medico responsabile e degli operatori del Centro tramite colloqui e visita medica e che, in ogni caso, la direzione del Centro si riserva la successiva dimissione dell'ospite per i motivi indicati nel Regolamento.
- di impegnarsi direttamente al pagamento della retta o che a detto pagamento provvederanno, in via solidale:
  - i signori \_\_\_\_\_
  - o che vi provvederà il Comune di \_\_\_\_\_
- che il proprio Medico di Medicina Generale è il Dott. \_\_\_\_\_  
tel.amb. \_\_\_\_\_ orari amb. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(in caso di persona impossibilitata alla firma)

Questa domanda è stata presentata dal/dalla Signor/a \_\_\_\_\_  
DELEGATO del richiedente in qualità di :

- ( ) familiare espressamente delegato dal parente (grado di parentela \_\_\_\_\_ )
- ( ) familiare in attesa di nomina di tutore o curatore o amministratore di sostegno.
- ( ) amministratore di sostegno - di cui si allega copia della nomina
- ( ) tutore - di cui si allega copia della nomina
- ( ) curatore - di cui si allega copia della nomina

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

IN CASO DI ASSENZA DEL RICHIEDENTE o del suo DELEGATO si autorizza il Centro a comunicare ogni informazione anche di carattere amministrativo/sanitario a:

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

**Si allega in fotocopia alla presente domanda:**

- documento di identità valido
- codice fiscale
- tessera del servizio sanitario nazionale (ed eventuali tesserini di esenzione)
- eventuale certificazione d'invalidità
- ultimi esami clinici e documentazione sanitaria in possesso
- scheda sanitaria compilata dal medico curante (come da scheda allegata)
- eventuale provvedimento di nomina dell'autorità giudiziaria per amministratori di sostegno o tutori
- autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Firma del DELEGATO \_\_\_\_\_

## Informativa ai sensi dell'art. 13 d. lgs 196/2003

Gentile ospite, ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 196/2003 (di seguito T.U.) ed in relazione ai dati personali di cui **il CDI Stefania Invernizzi soc.coop** entrerà in possesso, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati.

Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione dell'incarico di assistenza ricevuto, sia in ambito sociale che assistenziale e medico. In particolare il trattamento di detti dati è necessario per gli incombenti di carattere amministrativo e fiscale, statistico, medico-sanitari.

2. Modalità del trattamento dei dati.

a. Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art. 4 comma 1 lett. A) T.U.: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

b. Le operazioni possono essere svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.

c. Il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

3. Conferimento dei dati.

Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili ed in particolare quelli medici è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1.

4. Rifiuto di conferimento dei dati.

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali nel caso di cui al punto 3 comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.

5. Comunicazione dei dati.

I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 a collaboratori esterni, soggetti operanti nel settore medico-sanitario ed in particolare alle ASL, a tutti i soggetti operanti nella casa ( Aziende, Cooperative, Associazioni ed in genere, a tutti quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.

6. Diffusione dei dati. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero.

I dati personali ad oggi non è previsto siano trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea neppure nell'ambito delle finalità di cui al punto 1.

8. Diritti dell'interessato.

L'art. 7 T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

9. Titolare del trattamento.

Titolare del trattamento è il C.D.I. **Stefania Invernizzi soc.coop.**

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**presa visione della informativa sopra riportata dichiaro di averne ricevuta copia ai sensi dell'art. 13 d.leg. 196/2003 (finalità, modalità, conferimento e comunicazioni dei dati personali) e pertanto, a norma degli artt. 23 e 26 della suddetta legge**

**autorizzo**

**non autorizzo**

**Il C.D.I Stefania Invernizzi soc.coop. al trattamento dei dati personali comuni e sensibili ai fini della assistenza socio-sanitaria con espressa facoltà di comunicarli per l'esecuzione dell'incarico anche ai terzi.**

**Relativamente alle informazioni in possesso del C.D.I. Stefania Invernizzi soc.coop. potrò inoltre esercitare i diritti di modifica, integrazione e cancellazione previsti dall'art. 7 della legge in oggetto.**

**Muggiò,** \_\_\_\_\_

**In fede** \_\_\_\_\_