

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA RSA APERTA**

ai sensi della DGR n.X/7769 del 17/01/2018

All'Ente Gestore della RSA FONDAZIONE FRANCESCO BALICCO – MARTINENGO VIA VALLERE 4

**DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA**

Il Sig/La Sig.ra \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

Data di nascita \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_)

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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

**Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza**

Comune di domicilio \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
via e n° \_\_\_\_\_

**DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA**  
(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla **Misura RSA APERTA**.

## DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

1. di non beneficiare/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;
2. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri servizi/unità d'offerta semiresidenziali della rete socio-sanitaria ;
3. di non avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta
4. di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dal Regolamento ex art. 15 e ss., nonché di aver avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno natura di dati "sensibili" e acconsento al trattamento dei miei dati con modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa;
5. di disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana e, di seguito, indica i relativi dati anagrafici e i recapiti:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

cell \_\_\_\_\_ eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_  convivente  non convivente

### ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): \_\_\_\_\_
- di essere altro care giver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...):  
\_\_\_\_\_
- di essere amministratore di sostegno del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- di essere tutore del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina \_\_\_\_\_)
- di essere curatore del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)

Martinengo, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Spettabile  
FONDAZIONE F. BALICCO  
Via Vallere, 4  
24057 Martinengo (BG)

Raccomandata a mano

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OGGETTO:** domanda di accesso alla misura RSA Aperta presso la RSA Fondazione F. Balicco per il/la Signor/a \_\_\_\_\_

AAA\_AAA

Io sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

DICHIARO

per conto del/la Signor/a \_\_\_\_\_ i seguenti dati:

1- **LIVELLO DI INVALIDITA':**  <33%  34%-73%  74%-99%  100%

2- **ESISTENZA INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO:**  SI  NO

3- **POSSESSO DI TESSERINO DI ESENZIONE (IN CASO AFFERMATIVO ALLEGARE FOTOCOPIA)**

- 4: **VIVE:**  SOLO  
 SOLO MA DISPONE DI CARE GIVER  
 CON CONIUGE  
 CON FIGLIO/A  
 CON ALTRO FAMILIARE  
 CON CARE GIVER PROFESSIONALE  
 CON ALTRA PERSONA NON FAMILIARE

5:  **USUFRUISCE** DEL SERVIZIO S.A.D.  **NON USUFRUISCE** DEL SERVIZIO S.A.D.

6:  **USUFRUISCE** DEL SERVIZIO A.D.I.  **NON USUFRUISCE** DEL SERVIZIO A.D.I.

7:  **NON FREQUENTA** UN CENTRO DIURNO INTEGRATO

In fede



Gentile Utente, Familiare, Amministratore di sostegno o Tutore

## **Informativa ex art. 13 Regolamento UE 2016/679**

### **Titolare del trattamento**

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (infra: "**Regolamento**"), i suoi Dati Personali, raccolti ai fini della esecuzione delle prestazioni previste dalla misura "RSA Aperta", nonché per riscontrare vostre specifiche richieste di assistenza o informazioni saranno trattati da parte di FONDAZIONE FRANCESCO BALICCO con sede in via Vallere, 4 - 24057 Martinengo (BG) in qualità di titolare del trattamento ("**Titolare**").

### **Tipi di dati oggetto del trattamento**

Il Titolare tratterà i dati personali e i dati appartenenti a categorie particolari, così come definiti dal Regolamento, raccolti durante l'esecuzione del mandato, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i suoi dati anagrafici e di contatto e dati sul suo stato di salute. Va pure osservato che i dati di cui siamo o potremo venire in possesso e da Lei forniti possono essere inerenti anche a Suoi familiari.

### **Finalità, base giuridica e facoltatività del trattamento**

I suoi Dati Personali saranno trattati per le seguenti **finalità**:

- gestione delle pratiche amministrative di attivazione del servizio;
- gestione dei servizi socio-sanitari e di diagnosi, assistenze e cura oltre alla tenuta del fascicolo socio-sanitario;
- adempimento degli obblighi di legge, contabili, fiscali o di altra natura connessi alle finalità di cui sopra;

Le **basi giuridiche** del trattamento sono l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali, adempiere ad un obbligo legale e il consenso esplicito al trattamento per i dati appartenenti a categorie particolari espresso con la domanda di accesso al servizio.

Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate è facoltativo, ma in difetto non sarà possibile perfezionare il contratto con il Titolare.

### **Destinatari dei dati personali**

I suoi Dati Personali potranno essere condivisi con:

- persone fisiche autorizzate dalla Titolare al trattamento di dati personali previa sottoscrizione di un accordo di riservatezza (es. dipendenti, operatori socio-sanitari e assistenziali, amministratori di sistema, volontari);
- Familiari dell'utente del servizio coinvolti nel progetto;
- soggetti, enti o autorità coinvolti nell'erogazione dei servizi (cooperative, società di servizi socio-assistenziali e abi-riabilitativi, laboratori di analisi) i quali potrebbero agire in qualità di responsabile del trattamento.
- soggetti, enti o autorità competenti a cui sia obbligatorio comunicare i suoi dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità (per esempio ad autorità pubbliche, Regione, enti locali, ATS, etc.);

I suoi dati non saranno trasferiti verso Paesi Terzi, se in futuro ciò dovesse accadere il Titolare rende noto che il trattamento avverrà secondo una delle modalità consentite dalla legge vigente, quali ad esempio il consenso dell'interessato, l'adozione di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea, la selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati (es. EU-USA Privacy Shield) od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea. È possibile avere maggiori informazioni, su richiesta, presso il Titolare.

### **Conservazione dei dati personali**

I suoi Dati Personali contenuti nella cartella sanitaria saranno conservati, secondo disposizioni di legge, per tempo illimitato. Gli altri dati saranno conservati per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni previste nel contratto. È fatto salvo in ogni caso l'ulteriore conservazione prevista dalla normativa applicabile.

### **I suoi diritti ex artt. 15 e ss. del Regolamento**

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai suoi Dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento. In qualsiasi momento potrà revocare il consenso già prestato (art. 7(3) del Regolamento), senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca del consenso.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare al seguente indirizzo FONDAZIONE FRANCESCO BALICCO via Vallere, 4 - 24057 Martinengo (BG) o via mail a [direzione.generale@fondazionebalicco.it](mailto:direzione.generale@fondazionebalicco.it)

In ogni caso lei ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi dati sia contrario alla normativa in vigore.

