



## DOMANDA DI INSERIMENTO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

### Dati dell'Ospite

Protocollo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Codice Assistito \_\_\_\_\_

Richiesta presentata da :

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

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

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

In qualità di:

- Soggetto direttamente interessato     Familiare     Volontario  
 Amministratore di sostegno /tutore/curatore

Elenco dei documenti da allegare alla domanda del CDI

1. copia documento di identità in corso di validità
2. copia codice fiscale
4. copia tessera sanitaria



Dichiarazione da compilarsi a cura di chi presenta la domanda

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, che in data odierna presenta domanda di inserimento nel C.D.I. per \_\_\_\_\_

D I C H I A R A

- che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.
- che ha preso atto che le modalità di accesso al C.D.I. sono stabilite dal regolamento interno.
- che, in caso di pagamento a carico privato, un familiare o tutore/amministratore di sostegno dovrà firmare (il giorno dell'ingresso dell'anziano in casa di riposo) l'impegnativa di pagamento della retta presso gli uffici amministrativi e depositare una cauzione.
- di impegnarsi a versare mensilmente entro il giorno 15 del mese successivo l'importo della retta in vigore.
- che si impegna a comunicare al C.D.I. l'eventuale rinuncia alla frequenza a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc)
- di essere a conoscenza che il valore della retta è indicato nella carta dei servizi di cui ha preso visione

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili\*

Firma del dichiarante ..... data \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

(\*) Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'art. 10 L. 675/96 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione presso il C.D.I. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dalla Fondazione nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, Lei potrà in qualsiasi momento richiedere alla Fondazione indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti.

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione:

**SI** [ ] **NO** [ ]

Firma del dichiarante ..... data \_\_/\_\_/\_\_\_\_/



## INFORMAZIONI SOCIALI

Cognome e nome dell'anziano \_\_\_\_\_

**Motivo per cui si richiede ingresso nel C.D.I.. (barrare anche più risposte)**

- Persona non autonoma  
 Vive sola  
 Problematiche sanitarie  
 Altro(*specificare*).....  
.....

**L'anziano attualmente vive solo?**

- SI  
 NO,convive con \_\_\_\_\_

**Proviene da:**

- Abitazione \_\_\_\_\_ Piano abitazione \_\_\_\_\_ Dotata di ascensore si no  
 Altro(*specificare*)\_\_\_\_\_

**La persona interessata attualmente usufruisce delle seguenti prestazioni:**

- CDI \_\_\_\_\_  
 ADI \_\_\_\_\_  
 Servizi sociali del Comune \_\_\_\_\_  
 RSA aperta \_\_\_\_\_  
 Assistenza domiciliare privata \_\_\_\_\_  
 Contributi economici comunali, regionali, ecc \_\_\_\_\_

**Dati relativi alla situazione pensionistica dell'interessato:**

- Nessuna pensione  
 Anzianità/Vecchiaia  
 Sociale  
 Tipologia Speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)  
 Reversibilità  
 Indennità di accompagnamento

**Frequenza del C.D.I.**

- Da Lunedì a Sabato  
 Solo nei giorni di \_\_\_\_\_

**Necessità di usufruire del servizio di trasporto da e per il domicilio :**

- SI  NO

**Autonomia nelle attività strumentali**

	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**FONDAZIONE CASA DI RIPOSO**  
**“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” ONLUS**  
RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'anziano esce di casa?  SI ( solo accompagnato)  NO

**Gli interessati al ricovero sono tenuti a presentare la documentazione socio-economica eventualmente richiesta dal servizio sociale della Fondazione**

FIRMA \_\_\_\_\_



**DOMANDA DI INSERIMENTO NEL CDI  
INFORMAZIONI SANITARIE**

*Compilazione a cura del medico curante*

**Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Precedenti ricoveri ospedalieri (se possibile indicare mese/anno e diagnosi alle dimissioni) :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Terapie in atto (specificare farmaci assunti e loro posologia) :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Allergie note :**

---

---

---

---

**Stazione eretta :**  adeguata     con appoggio     impossibile

**Deambulazione :**  normale     con appoggio     impossibile

**Attività fisica :**  normale     modesta     scarsa/assente

**Presidi ed Ausili in uso:**

- Bastone/Canadese ( se fornito da ASL)
- Deambulatore ( se fornito da ASL)
- Carrozzina ( se fornito da ASL)
- Materassino antidecubito ( se fornito da ASL)
- Letto Ortopedico ( se fornito da ASL)
- Presidi per incontinenza ( se fornito da ASL)
- Altro (specificare) .....

5

**Stato mentale e comportamentale**

*(segnalare presenza di ansia, depressione, alcoolismo, manifestazioni psicotiche, tentativi di suicidio,*



*demenza, agitazione psicomotoria, difficoltà di comunicazione, ecc. pregressa o in atto)*

Stato di coscienza

- Vigile     Soporoso     Coma  
 Orientato T/S     Parzialmente orientato S/T     Disorientato S/T

Disturbi del comportamento

- Deliri     Allucinazioni     Agitazione     Aggressività verbale  
 Aggressività fisica     Apatia     Depressione     Ansia  
 Irritabilità     Cammino afinalistico (wandering)     Comportamento motorio ripetitivo  
 Disturbi dell'alimentazione     Disturbi del sonno

**Incontinenza sfinterica:**

- Assente  
 Solo urinaria  
 Solo fecale  
 Doppia incontinenza

**Gestione incontinenza:**

- Presidi assorbenti  
 Catetere vescicale a permanenza  
 Nefro/urostomia  
 Ano artificiale

**Alimentazione**

- Normale per os  
 Disfagia  
 Dieta a consistenza modificata (frullata, addensata,..)  
 Sondino naso-gastrico  
 PEG  
 Nutrizione parenterale

**Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso**

- Ossigenoterapia ( continua     a cicli \_\_\_\_\_)  
 Tracheostomia (tipo di cannula \_\_\_\_\_)  
 Ventilatore ( continuo     a cicli \_\_\_\_\_)  
 Dialisi ( peritoneale     extracorporea)

**Organi sensoriali**

- Vista :     normale     con lenti     cecità  
Udito :     integro     ipoacusia     corretto con protesi     sordità

6

**Lesioni cutanee da pressione**

Sede \_\_\_\_\_  
Stadio \_\_\_\_\_

**Linguaggio**



**FONDAZIONE CASA DI RIPOSO**  
**“CITTÀ DI ABBIATEGRASSO” ONLUS**  
RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE – CENTRO DIURNO INTEGRATO – SERVIZI TERRITORIALI

- Normale
- Afasico
- Disartrico

**Altri problemi clinici** (segnalare eventuali altre notizie cliniche significative):

---

---

---

**Il paziente è esente da malattie contagiose tali da controindicare la vita in comunità.**

Data

---

Timbro e firma del medico

---



## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

(Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali)

Il Titolare del Trattamento è la Fondazione Casa di Riposo “Città di Abbiategrasso”, con sede in Strada per Cassinetta, 25, P. Iva 09345870159 C.F. (di seguito definito “il Titolare”).

Il **Responsabile della Protezione dei Dati personali** è Gruppo Siges S.r.l, Via Ferrari 21 – 21047 Saronno.

**Trattamento.** I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016.

I dati forniti dall’Utente (di seguito definito “l’Interessato”) saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell’Interessato. Il trattamento dei dati personali dell’Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette.

**Obblighi contrattuali e obblighi legali.** I dati dell’interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:

1) Obblighi relativi alla prestazione sanitaria, legali e contrattuali e/o precontrattuali, come:

- accettazione della domanda di accesso dell’ospite e relativo inserimento nella lista d’attesa
- assunzione di dati per necessità precontrattuali;
- assolvimento degli obblighi di legge previsti dalle normative vigenti;
- necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell’Ente che degli Enti quali Regione, Provincia, ATS, Ministeri competenti;
- necessità operative e di gestione interna;

I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la presentazione della domanda ed il mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità per l’Interessato di accedere ai servizi della RSA. Per il trattamento dei dati personali per le finalità di cui sopra non è richiesto il consenso dell’Interessato poiché il trattamento dei dati è necessario per il trattamento sanitario (diagnosi, assistenza o terapia sanitaria e per la gestione di sistemi e servizi sanitari sulla base del diritto dell’UE o dello Stato membro o conformemente ad un contratto con un professionista della sanità di cui alla lett. h, art. 9 del Regolamento, l’eventuale raccolta di immagini utili all’osservazione sanitaria e per valutare l’evoluzione della malattia).

**Finalità di ricerca scientifica e statistica.** Ai sensi dell’art. 9 lett. j) del Regolamento UE 2016/679, i dati sanitari (dati particolari) dell’Interessato possono essere trattati se il trattamento è necessario per finalità di ricerca scientifica e statistica.

Il trattamento per dette finalità deve essere proporzionato alla finalità perseguita (quella sanitaria di cui sopra) e deve, in ogni caso, rispettare l’essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell’Interessato.

In particolare, la RSA tratta tali dati in modo da assicurare la riservatezza degli ospiti (anonimizzazione).

Per detta finalità, ai sensi del citato art. 9, lett. j) del Regolamento UE 2016/679 e in considerazione delle misure attuate dal Titolare, non è richiesto il consenso dell'Interessato.

**Ulteriori servizi non inclusi negli obblighi contrattuali e legali.**

È richiesto un esplicito consenso per servizi ulteriori, quali:

- 1) la comunicazione a terzi la presenza dell'utente in struttura per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a indirizzate all'Interessato;
- 2) la riproduzione di immagini e/o fotografie dell'ospite durante lo svolgimento della vita sociale presso la struttura o nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite;
- 3) l'esposizione dell'indicazione completa del nome e del cognome in prossimità della camera o su manifesti od opuscoli.

**Conservazione.** I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all'Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell'Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge.

**Diffusione e comunicazione.** I dati dell'Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell'Interessato stesso.

**Responsabili del trattamento.** Nell'ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni. Tali soggetti sono chiamati responsabili **del trattamento** e possono essere fornitori, consulenti tecnici, altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l'Interessato. Rientrano tra tali soggetti coloro che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all'attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, assicurazioni, enti pubblici che posso eseguire ispezioni o verifiche. L'Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sottoindicato.

**Trasferimento all'interno dell'Unione Europea e extra UE.** I dati potranno essere trasferiti all'interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:**

L'interessato ha diritto in ogni momento di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso (art. 15 GDPR) e la rettifica (art. 16 GDPR) dei dati che lo riguardano.

Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR).

In caso di rettifica o cancellazione o limitazione dei dati, il Titolare provvede a comunicare le intervenute modifiche ai destinatari cui sono trasmessi i dati (art. 19 GDPR).

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per l'Interessato di rivolgersi all'Autorità Garante o di adire l'Autorità giudiziaria.

**Contatti:**

I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti: Tel.: 02/9420939. E-mail [info@casadiriposoabbiate.it](mailto:info@casadiriposoabbiate.it)  
Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): e-mail [dpo1@sigesgroup.it](mailto:dpo1@sigesgroup.it) – tel. 02.967181

Firma dell'interessato .....

Firma .....

Tutore     Curatore     Amministratore di sostegno

Firma del familiare di riferimento .....

## Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento EU 2016/679) relativa a

Il sottoscritto (cognome) .....(nome) .....  
nato a ..... il .....  
in qualità di  Ospite  Tutore  Curatore  Amministratore di sostegno  
 Altro .....

Documento di identità (per tutore, curatore, ecc.) .....  
dell'Ospite (cognome) .....(nome) .....  
nato a .....il .....  
(sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76  
DPR 445/2000)

DICHIARO di essere stato informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali e di essere stato portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti.

Luogo, data

Firma

.....

.....

**In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il familiare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.**

**In caso di soggetto fisicamente impossibilitato alla firma ma capace di intendere e di volere, il familiare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante:**

Io sottoscritto (nome) ..... (cognome).....,  
in qualità di ....., recapito telefonico .....  
in relazione alla condizione di:  analfabetismo  impedimento fisico del paziente sopra indicato,  
dichiaro di aver assistito alla consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte del paziente  
 mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma  in forma di .....

Data.....

Firma .....