



A.S.P. “Muzi Betti”
c.a. Presidente

Il/la sottoscritta/o

Residente in via

Cap città

Cf

In qualità' di.....

CHIEDE
L'AMMISSIONE NELLA A.S.P. MUZI BETTI
SERVIZIO COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI ADULTI

DEL .SIG.

NATO A

IL

RESIDENTE

VIA

Stato Civile

- **inserimento in struttura privatamente retta giornaliera € 90,00**
- **inserimento in struttura ricovero di sollievo autorizzato ASL Umbria 1 retta giornaliera € 48,10**
- **inserimento in struttura ricovero a tempo indeterminato ASL Umbria 1 retta giornaliera € 48,10**

DICHIARA

- di aver preso visione della Carta dei Servizi approvata dal Consiglio Di Amministrazione dell'Ente disponibile presso gli uffici amministrativi;
- di essere stato edotto che la Carta dei Servizi della Struttura è liberamente consultabile e scaricabile dal sito istituzionale dell'Ente, www.muzibetti.it, nell'apposita sezione SERVIZI/COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI ADULTI <https://muzibetti.it/servizi/comunita-alloggio/>
- di accettare integralmente e senza condizioni tutto quanto in essa contenuto;

SI IMPEGNA

- a corrispondere all'Ente in toto e puntualmente la retta mensile secondo quanto stabilito dal regolamento interno della A.S.P.;
- a rimborsare all'Ente ogni ulteriore ed eventuale spesa, nei limiti del possibile concordata con i soggetti referenti, legata a interventi necessari, urgenti ed indifferibili per la cura dell'ospite, non ricompresi nelle normali prestazioni assistenziali fornite dalla struttura.



INDICA

i seguenti nominativi come referenti a cui rivolgersi in caso di necessità

Parentela	Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	email

Autorizza il trattamento dei propri dati personali/sensibili nel rispetto del **Regolamento UE 679/2016 s.m.i.**, nelle modalità e con le formalità indicate nell'informativa che viene sottoscritta ed allegata alla presente.

Allega alla presente la seguente documentazione relativa al soggetto interessato al ricovero:

1. **copia fotostatica documento d'identità valido;**
2. **tessera sanitaria;**
3. **verbale di riconoscimento invalidità civile (se riconosciuta);**
4. **documentazione sanitaria;**
5. **certificazione di attestazione dello stato di salute attuale del proprio medico curante**

Città di Castello

Il Richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Artt. 13/14 Regolamento UE 679/2016
“RICOVERO IN RESIDENZA PROTETTA E COMUNITA’ ALLOGGIO”

Gentile utente

al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui agli articoli 13 e 14, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all’articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue> .

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento, La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la A.S.P. MUZIBETTI .

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I trattamenti di dati effettuati dalla A.S.P. MUZIBETTI nell’esercizio delle sue funzioni istituzionali, nell’ambito delle attività svolte per i “Ricoveri in Residenza Protetta/Comunità Alloggio”, comprensivi delle attività amministrative ad essi correlate, sono relative alle seguenti finalità:

- Attività sanitarie relative all’attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
- Attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
- Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell’assistenza sanitaria.
- Attività amministrative correlate alla degenza in struttura
- Instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l’amministrazione le strutture sanitarie e gli enti locali
- I dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9), trattati per le finalità sopra menzionate e per i dovuti adempimenti amministrativi, potranno essere trattati in forma anonima per ricerca scientifica o a fini statistici secondo quanto previsto dall’art. 5.1.b) del Regolamento.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO.

- Consenso al trattamento dei dati personali da parte dell’interessato per una o più specifiche finalità (art. 6.1.a del Regolamento);
- Il trattamento è necessario per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento (art. 6.1.e del Regolamento);
- Consenso esplicito al trattamento da parte dell’interessato dei propri dati personali, appartenenti a categorie particolari, per una o più finalità specifiche (art. 9.2.a del Regolamento);
- Il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica. (art. 9.2.i del Regolamento).

PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO.

La cartella sanitaria (documentazione medica, infermieristica, specialistica) e la cartella amministrativa sono conservate illimitatamente.

AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)

I Suoi dati saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d’ufficio.

I suoi dati personali all’interno dell’ASP sono trattati esclusivamente da personale specificatamente nominato quale “soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento”.

I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, ai seguenti soggetti:

- aziende sanitarie -Enti Locali
- ai professionisti coinvolti nella gestione clinico assistenziale;
- alla compagnia assicurativa dell’ASP per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per l’ipotesi di responsabilità;
- all’autorità giudiziaria e/o di pubblica sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge

MODALITA’ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avviene mediante l’utilizzo di strumenti automatizzati e non, i suoi dati personali sono, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo dell’ASP, nominato “soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento”, nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

I Suoi dati personali potranno essere trattati, se del caso, anche mediante sistemi di ripresa qualora ritenuto utile per le cure.

I Suoi dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9), saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).

Tutti i Suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei Principi applicabili al trattamento di dati personali secondo quanto previsto dall’art. 5 del Regolamento

OBBLIGATORIETA’ DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività istituzionali della ASP e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile erogare la prestazione da lei richiesta.

ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE E DEI RESPONSABILI



Il Titolare del trattamento dei dati personali è la A.S.P. Muzibetti, con sede in Via delle terme n.4, a Città di Castello, PG, nella persona del suo Presidente, legale rappresentante pro tempore.

Dati di contatto del Titolare: email: info@muzibetti.it muzibetti@pec.it

Il Responsabile della protezione dati è il funzionario Amministrativo dott. Nicola Calzolari

Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati: email: nicola.calzolari@muzibetti.it

DIRITTI DELL'INTERESSATO – ARTT. 15 e ss

Può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento:

- Accesso (art. 15 del Regolamento)
- Rettifica (art. 16 del Regolamento)
- Cancellazione (oblio) (art. 17 del Regolamento): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- Limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento)
- Portabilità (art. 20 del Regolamento): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21 del Regolamento)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Ella può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

DIRITTO DI REVOCA DEL CONSENSO – ART.7.3

Ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Può esercitare tale diritto mediante compilazione del modulo di consenso allegato alla presente informativa.

DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO – ARTT.77, 79

Ella, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto

In qualità di

- diretto interessato
- Familiare (indicare il rapporto di parentela)
- Convivente
- Amministratore di Sostegno

del sig _____, acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 679/2016) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

AUTORIZZA

- **Il trattamento di tali dati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi, contabili e fiscali;**
 - REVOCA (se precedentemente prestato)
- che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:
o al proprio medico curante _____
o a _____
 - REVOCA (se precedentemente prestato)
- che la sua presenza in Residenza Protetta/Comunità Alloggio sia comunicata a:
o nessuno
o _____ Amici Parenti _____
 - REVOCA (se precedentemente prestato)
- che tali dati potranno essere trattati anche attraverso riprese visive qualora ritenuto utile per le cure o per finalità di studio:
 - REVOCA (se precedentemente prestato)
- che tali dati potranno essere trattati in forma anonima per ricerca scientifica o a fini statistici secondo quanto previsto dall'art. 5.1 lett. b) del Regolamento;
 - REVOCA (se precedentemente prestato)
- **Il trattamento dei dati mediante immagini fotografiche e video riprese, oggetto di possibile pubblicazione sul sito web istituzionale e/o sui social network, per promuovere le attività e gli eventi dell'A.S.P. Muzi Betti.**

Firma dell'Interessato: _____

Firma dell'Interessato: _____