

DOCUMENTI PER L'AMMISSIONE

Documentazione da predisporre in copia per la domanda di accoglimento

- Carta d'identità - in copia alla domanda
- Tessera Sanitaria - in copia alla domanda
- Certificato di residenza o autocertificazione
- Certificazione vaccinale
- Attestazione esenzione ticket (patologia, invalidità, mod. E01 per reddito, ecc.)
- Fotocopia del verbale di invalidità rilasciato dalla Commissione Invalidi o copia della domanda in corso
- Documentazione reddituale (CU/730/UNICO/ISEE SOCIO SANITARIO)
 - dell'interessato
 - dei firmatari del contratto obbligati in solido
- Certificazione medica per l'ammissione (Allegato 1)
- Copia dell'eventuale nomina di tutore/amministratore di sostegno o procura generale

Documentazione medica da consegnare al momento dell'ammissione all'ufficio accoglienza e/o al Responsabile di Nucleo

- Documentazione sanitaria relativa a ricoveri ospedalieri (cartelle cliniche, certificati medici)
- Se portatore di Pacemaker, documentazione attestante la tipologia e data e luogo di impianto
- Referto tampone antigenico non antecedente alle 48h dall'ingresso.

Si sottoscrive che la documentazione sopraindicata corrisponde a quanto da me consegnato e/o ricevuto.

Il Parente o chi ne fa le veci _____

Data _____

Il Servizio accoglienza _____

**LA DOMANDA POTRA' ESSERE ACCOLTA ALLA SOLA PRESENTAZIONE
DI TUTTI I DOCUMENTI SOPRA RICHIESTI**

All'atto della stipula del contratto:

- Tessera Sanitaria - in originale

Indicazione, non vincolante, della modalità di pagamento retta:

- SDD SEPA (presentare codice IBAN)
- bonifico bancario

Il Parente o chi ne fa le veci _____

Data _____

Il Servizio accoglienza _____

DATI ANAGRAFICI E DI CONVIVENZA

 Da compilare a cura della
 Fondazione

NR _____

Data _____

Informazioni anagrafiche	Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ il _____ Stato civile _____ Residente a _____ Via/piazza _____ n _____ Cap. _____ Cittadinanza _____ Codice fiscale _____ Tessera sanitaria _____
Recapito parenti (specificare: cognome, nome, grado di parentela, indirizzo, telefono, e-mail)	1 _____ 2 _____ 3 _____
Recapito conoscenti e/o enti assistenziali interessati	_____ _____
Situazione familiare	n. figli maschi _____ n. figlie femmine _____
TIPO DI CONVIVENZA	
<input type="checkbox"/> vive da solo	<input type="checkbox"/> con altri (specificare)
<input type="checkbox"/> con familiari (specificare)	<input type="checkbox"/> in struttura residenziale (specificare)
PROVENIENZA OSPITE	
<input type="checkbox"/> domicilio	<input type="checkbox"/> ospedale
<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> altro (specificare)

Data _____ Firma dell'interessato _____

Qualora l'interessato non sia in grado di firmare, firma:

 Familiare (specificare grado di parentela) _____

 Amministratore di sostegno Tutore Curatore Altro _____

Nome e Cognome: _____ Firma _____

Si informa che nel caso in cui l'interessato non sia in grado di firmare, è possibile avviare la pratica per la nomina di un rappresentante legale e consegnarne una copia al servizio sociale della Fondazione Molina

PATTO FIDUCIARIO E TRIAGE DI INGRESSO

La Fondazione Molina Onlus (di seguito denominata per brevità Fondazione) con sede in Varese – Viale Luigi Borri n. 133 – P. IVA 00404960122, in persona del Presidente o suo delegato

E

Il/la Signor/a _____
in qualità di potenziale Residente della Fondazione (di seguito denominato per brevità Residente)

E/O

Il/la Signor/a _____
Tel. _____ e-mail _____
in qualità Rappresentante/tutore/curatore/amministratore di sostegno o familiare del Residente

sottoscrivono il seguente patto fiduciario per l'accoglienza presso la Fondazione Molina

Il Residente o suo Rappresentante/tutore/curatore/amministratore di sostegno o familiare dichiara:

- di essere consapevole che, per l'ammissione presso la Fondazione:

- Il Residente proveniente dal domicilio dovrà essere sottoposto a tampone nasofaringeo per COVID-19 entro 48/72 ore dall'ingresso;
- Il Residente proveniente dall'ospedale dovrà essere sottoposto a tampone nasofaringeo per COVID-19 entro 48 ore dall'ingresso;

- di esser consapevole che in caso di tampone positivo il Residente non può accedere alla Fondazione;

- di essere consapevole che, in caso di insorgenza di temperatura superiore a 37,5°C o di altra sintomatologia, come sopra riportato, dovrà tempestivamente informare la Fondazione Molina, prima dell'ingresso.

In particolare, la Fondazione Molina dichiara:

- di aver informato rispetto a:

- modalità di ingresso del Residente, come da Piano Operativo Pandemico;
- tipologia dispositivi di protezione individuale da utilizzare, quando previsti dalla Direzione Sanitaria;

- di avere adeguatamente formato il personale e di adottare le procedure igienico sanitarie, come da Piano Operativo Pandemico e procedure in essere presso la Fondazione.

Varese, data _____

Ospite o suo rappresentante/tutore/curatore/
amministratore di sostegno o familiare

f.to Il Direttore Generale
Carlo Nicora

Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY PER IL PRE-INGRESSO (DOMANDA)

Gentile Interessato (COGNOME E NOME OSPITE IN STAMPATELLO) _____ ,

eventualmente rappresentato da

(COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE IN STAMPATELLO) _____

In qualità di:

- familiare (SPECIFICARE) _____
- amministratore di sostegno tutore curatore
- altro _____

desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR"*) prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Fondazione Molina Onlus - Varese**, in qualità di **"Titolare"** del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

- A. CATEGORIE DI DATI:** Fondazione Molina Onlus - Varese tratterà i suoi dati personali quali dati identificativi, di contatto, amministrativi ed inerenti la sua salute (ad es. esiti di visite mediche, cartella clinica, ...).
- B. FONTE DEI DATI PERSONALI:** I dati personali di cui **Fondazione Molina Onlus - Varese** è in possesso sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.
- C. TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Il titolare del trattamento è **Fondazione Molina Onlus - Varese Viale Luigi Borri, 133 – 2100 Varese**, Partita IVA **00404960122** contattabile telefonicamente al **+39 0332 207311** o all'indirizzo mail: info@fondazionemolina.it - PEC: segreteria@pec.fondazionemolina.it
- D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA:** i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità **basate sul consenso dell'interessato** o per misure precontrattuali relative a:
- 1. AMMINISTRATIVO:** espletamento dei compiti gestionali ed organizzativi necessari all'inserimento del suo nominativo nelle liste d'attesa della struttura;
 - 2. DIAGNOSI:** svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nei reparti della struttura.
- E. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.:** Il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O., contattabile via mail all'indirizzo: segnalazionidpo@fondazionemolina.it
- F. DESTINATARI DEI DATI:** Nei limiti pertinenti alle finalità, i suoi dati potranno essere comunicati ai Responsabili ed agli Incaricati all'interno dell'Istituto ed a soggetti esterni all'Istituto, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I suoi dati non saranno oggetto di alcuna diffusione.
- G. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI:** I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
- H. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI:** I dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi.
- I. DIRITTI DELL'INTERESSATO:** L'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.
- J. OBBLIGATORietà O MENO DEL CONSENSO:** Il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per valutare il suo inserimento in struttura. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato inserimento nelle liste d'attesa.
- K. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI:** I dati da Voi forniti, verranno trattati nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza a cui è ispirata l'attività del Titolare. Suoi dati saranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dal GDPR.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Data: ____/____/____

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e, per le finalità sopra riportate (trattamento dei dati personali e inerenti la salute per l'esecuzione delle diagnosi al fine del suo inserimento in struttura), acconsento al trattamento dei miei dati personali.

Firma leggibile dell'interessato _____

Se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà quale (specificare):

 amministratore di sostegno tutore curatore

Firma leggibile _____

Se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere e non vi è la nomina di chi esercita legalmente la potestà, firma per presa visione:

 familiare (SPECIFICARE NOME, COGNOME E LEGAME) _____ altro (SPECIFICARE NOME, COGNOME E LEGAME) _____

Firma leggibile _____