

RICHIESTA DI AMMISSIONE N. _____
(La domanda avrà validità di un anno dal momento della sottoscrizione)



DATA DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI AMMISSIONE ____ / ____ / ____

Nome..... Cognome..... Sesso M F
Nato/a a Prov..... il ____ / ____ / ____
Residente a Prov..... Via.....
Codice Fiscale.....
Medico di Medicina Generale Grado di istruzione
Assistente Sociale.....

CHIEDE DI ESSERE INSERITO PRESSO

Casa Martelli Non Autosufficiente Autosufficiente
Casa Argia Non Autosufficiente
Centro Diurno San Romolo Non Autosufficiente

Temporaneo per il periodo di..... dal..... al.....
(La domanda per il temporaneo avrà validità solo per il periodo richiesto)

Con quota Sanitaria a carico: Azienda UsI Toscana Centro
 Azienda UsI Toscana Sud-Est
 Privatamente

Richieste particolari: Nucleo Alzheimer Altro.....
Tipo della domanda Nuova domanda Domanda presentata in precedenza

Familiari di riferimento Figlio/a Fratello/Sorella Nipote Altro.....

Nome..... Cognome.....
Nato/a a Prov..... il ____ / ____ / ____
Residente a Prov..... Via.....
Recapiti: Tel. Cell..... E-mail.....

Familiari di riferimento Figlio/a Fratello/Sorella Nipote Altro.....

Nome..... Cognome.....
Nato/a a Prov..... il ____ / ____ / ____
Residente a Prov..... Via.....
Recapiti: Tel. Cell..... E-mail.....



PRESENTANDO QUESTA RICHIESTA

I Familiari di riferimento sopra indicati si **OBBLIGANO**:

1. A far entrare presso la struttura indicata il Sig.
entro 3 giorni dalla comunicazione della disponibilità del posto letto.
L'eventuale rinuncia comporta la cancellazione dalla lista d'attesa della ASP Martelli.
2. Ad effettuare il pagamento della retta di degenza stabilita dal Consiglio di Amministrazione della ASP Martelli per la prestazione richiesta. A tale scopo segnala che il pagamento della retta avverrà:
 con risorse autonome dell'assistito
 con il concorso dei parenti
 con il contributo del Comune di
3. A fornire tutti i dati e la documentazione che verranno richiesti al momento dell'ingresso, ed in particolare:
 - Nominativi ed indirizzi completi dei parenti
 - Esiti di esami ematici e strumentali delle visite specialistiche effettuate recentemente
 - Scheda terapia farmacologica rilasciata dal medico curante
 - Eventuali esenzioni attive
 - Copia del Documento d'Identità e del Codice Fiscale
 - Altre notizie anagrafiche: quali n° figli, stato civile, ecc
4. Altre informazioni e documenti necessari per la corretta gestione e presa in carico della persona assistita, saranno richieste al momento dell'ingresso.
5. Prima di procedere all'eventuale ingresso del richiedente, la ASP si riserva di valutare, con il proprio personale, le condizioni psico-fisiche dell'interessato e di verificare la sussistenza delle condizioni tali da garantire il mantenimento e l'adeguata assistenza dello stesso all'interno della Residenza.
6. Nel caso in cui la prestazione resa dovesse assumere con certezza o potenzialmente carattere integralmente sanitario e dunque qualora il relativo costo dovesse essere sopportato per legge a carico del Servizio Sanitario Nazionale e non dall'Ospite, il corrispettivo all'Azienda di Servizi alla Persona (soggetto meramente erogatore di un servizio) dovrà comunque essere versato da quest'ultimo con regolarità ed a titolo di pagamento del debito del terzo. L'Ospite, i relativi rappresentanti e gli aventi causa si impegnano pertanto ad azionare le loro pretese unicamente nei confronti dell'Azienda Sanitaria Locale o degli altri enti competenti, riconoscendo che il mancato pagamento comporterà insostenibili criticità finanziarie nei confronti dell'ASP con possibile rischio di interruzione dei pubblici servizi dalla stessa erogati e pregiudizio per la salute e sicurezza degli ospiti a cui conseguono le relative responsabilità.

Firma dell'interessato

Firma Familiare o persona di riferimento

Firma Familiare o persona di riferimento

Eventuali ulteriori informazioni e/o chiarimenti possono essere richiesti direttamente alla segreteria della ASP Martelli telefonando al numero **055 951097** oppure via mail all'indirizzo **info@aspmartelli.it**



INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO
DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO
(ex art. 13 GDPR 2016/679)

TRATTAMENTO: GE05.1 - Richieste ricovero o inserimento in struttura

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **APSP Centro Residenziale Martelli**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: APSP Centro Residenziale Martelli

Sede: Via della Resistenza, 99 - 50063 Figline e Incisa Valdarno FI, IT

E-mail	info@aspmartelli.it
Sito Web	WWW.ASPMARTELLI.IT
Telefono	055 951097

Il Responsabile Protezione Dati è il dott. Fabio Lenzi che può contattare su privacy@irisonline.it o tramite i nostri uffici al recapito sopra indicato.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Inserimento in graduatoria per l'ingresso in struttura	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; Stato di salute	Il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte Norma Stato membro (L.R. Toscana 40/2005 e 41/2005)

Categorie particolari di dati personali

In relazione al trattamento di dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), **il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:**

Stato di salute (Dati relativi alla salute)

Il trattamento dei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche

DESTINATARI

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Categorie di destinatari

Enti locali (Comune di Residenza; Società della Salute); Organismi sanitari, personale medico e paramedico (ASL; Medici curanti)

DURATA DEL TRATTAMENTO

La durata del trattamento è determinata come segue:

Distruzione dopo 5 anni dalla richiesta o inserimento nel fascicolo dell'ospite in caso di ingresso in struttura

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre alle informazioni **sopra riportate**, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento;
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento;
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali;

Inoltre,

ha l'obbligo contrattuale di fornire i suoi dati personali e la conoscenza di essi è requisito necessario per la conclusione del contratto e non sarà possibile procedere alla sua stipula in loro assenza.

Località e data: _____

Firma dell'interessato

Località e data: _____

Firma del familiare dell'interessato
delegato alla presentazione della domanda
