

# **Fondazione San Riccardo Pampuri - ETS**

## **Morimondo**

# **Domanda di ricovero**

FONDAZIONE "San Riccardo Pampuri" ETS  
Via Dante, 4 – Morimondo – MI – Tel. 02945405

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

### GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

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

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di  AdS  Tutore  Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

### PER IL SIG./LA SIG.RA

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

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere:  M  F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

Residente in _____ CAP _____
Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno  sì  no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
<input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee <input type="checkbox"/> Vive solo/sola <input type="checkbox"/> Perdita autonomia <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue <input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altra RSA <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza  Nucleo Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____ note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ <input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die) _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ Dove vive: <input type="checkbox"/> Abitazione adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata Perché _____ <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...): _____ _____ Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____ Recapiti: _____ _____ _____

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

 SI

 NO

### SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: \_\_\_\_\_

- Fratelli (N:     )
- Sorelle (N:    )

- Figli (N:       )
- Figlie (N:     )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità

- In attesa di invalidità civile

- Invalidità

↳ Codice: \_\_\_\_\_

↳ Percentuale: \_\_\_\_\_ %

↳ Indennità accompagnamento

sì  no  In attesa

### LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_
- Laurea in \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_
- Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_
- Interessi / hobby \_\_\_\_\_

### RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_
- CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi:  NO  SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto \_\_\_\_\_
- Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di:  Centri Sociali Territoriali  Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

---



---



---



---

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

---

NOTE:

---



---



---



---

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Cognome e Nome .....

Data di nascita ...../...../.....      luogo di nascita .....

### QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Iperensione</b> (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fegato</b> (solo fegato)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rene</b> (solo rene)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; <b>non include la demenza</b> )	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stato mentale e comportamentale</b> ( <b>include demenza</b> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE

 NON NOTE    NO    SI, DI CHE TIPO: .....

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

**ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI**

Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catefere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Data ultimo posizionamento: ..... / ..... / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI; <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee <i>(incluse ferite chirurgiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Cadute ricorrenti <i>(anche senza conseguenze traumatiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Numero cadute nell'anno: .....

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

### DEFICIT SENSORIALI

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Sordità assoluta <input type="checkbox"/> SI

### DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)	
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....	
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
		Di che tipo: .....	
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	di che tipo: .....	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	indicare la data: ...../ ..... / .....	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	.....	
Eventuali note e osservazioni: .....			

### PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)		
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
		Scheletrato:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Dieta specifica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Alimentazione enterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm
Intolleranze <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	

**TERAPIA**

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo _____
Dialisi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....	

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ...../ ..... / 20....

Nome e Cognome medico curante: ..... Recapito ..... ..... tel.diretto ..... fax ..... e-mail diretta: .....@.....	Timbro e firma del medico curante    
---	---

Data di compilazione: ...../ ..... / 20.....

# Fondazione San Riccardo Pampuri ETS

## OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI

Camera da due o più letti	RETTA
Dal 01/07/2024	Euro 2.200,00.=

La direzione della casa non garantisce la custodia dei valori in soldi o preziosi affidati agli ospiti. Soldi o preziosi possono essere depositati in Direzione con rilascio di apposita ricevuta.

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# Fondazione San Riccardo Pampuri ETS

## REGOLAMENTO PER OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI

La Casa di Riposo "San Riccardo Pampuri – ETS" ospita anziani bisognosi di assistenza continua di età non inferiore ad anni 60.

L'ammissione è decisa con le modalità di cui all'art. 2 del regolamento.

**Se durante tutto il periodo di accoglienza dell'ospite presso la ns struttura, a giudizio del Medico Responsabile, emergono anomalie comportamentali tali da pregiudicare l'assistenza e la sicurezza allo stesso od agli altri ospiti, i parenti si impegnano a riaccogliere il congiunto perché considerato dimesso.**

1. La retta che dovrà essere versata in forma anticipata entro i primi cinque giorni del mese, presso la Banca Monte dei Paschi di Siena di Ozzero sul c/c n.6975280 intestato alla Fondazione San Riccardo Pampuri – ETS, è comprensiva dell'alloggio, vitto e bevande durante il pasto e assistenza medica e farmaceutica di base.  
In caso di ritardato pagamento – oltre i tre mesi – si applicheranno gli interessi legali dalla data di scadenza della retta sino al giorno dell'effettivo pagamento.  
Saranno a carico dell'Ospite le prestazioni di medicina specialistica (visite, diagnostica strumentale, assistenza protesica, ecc.).
2. Per dimissioni volontarie l'Ospite è tenuto a dare preavviso di 10 giorni, in caso di inosservanza di tale termine si addebiterà quanto dovuto per i giorni di mancato preavviso.
3. In caso di inadempienza degli obblighi assunti, l'Ente si riserva il diritto di dimettere l'ospite e di provvedere giudizialmente al recupero di quanto di sua spettanza, addebitando allo stesso ed ai suoi garanti tutte le spese giudiziarie e quanto altro per il recupero del credito.
4. I parenti e conoscenti possono accedere alla struttura per visitare gli Ospiti, tutti i giorni, come da orari esposti (in casi eccezionali e su richiesta possono essere previste deroghe).
5. I parenti dell'Ospite sono tenuti a provvedere alle spese conseguenti il decesso.  
La Casa mette a disposizione la camera mortuaria.

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## FONDAZIONE "SAN RICCARDO PAMPURI" ETS

---

Via Dante Alighieri, 4 - 20081 Morimondo (MI) - C.F. 90014970157 P.I. 13117740152 - Tel. 02 945405

### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13 Reg. (UE) 2016/679

#### 1. Titolare

Il Titolare del trattamento è la Fondazione "San Riccardo Pampuri" ETS (C.F.: 90014970157 – P.IVA: 13117740152) nella persona del Legale Rappresentante Dr. Marelli Marcco Natale, con sede in Morimondo (MI), Via Dante Alighieri 4, telefono 02945405, e-mail: [amministrazione@rsapampurimorimondo.eu](mailto:amministrazione@rsapampurimorimondo.eu) pec: [rsapamurimorimondo@pec.it](mailto:rsapamurimorimondo@pec.it)

#### 2. Responsabile della protezione dei dati personali (*Data Protection Officer* – c.d. DPO)

Il DPO nominato e reperibile ai seguenti dati di contatto: presso Labor Service srl, via Righi n. 29, 28100 Novara (NO), telefono 0321.1814220 e-mail: [privacy@labor-service.it](mailto:privacy@labor-service.it) pec: [pec@pec.labor-service.it](mailto:pec@pec.labor-service.it)

#### 3. Finalità

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 Regolamento (UE) 2016/679, di seguito "GDPR"), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, e finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'ospite in fase di pre-ingresso e alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso, alla gestione amministrativa, compreso l'inserimento in lista d'attesa, ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge.

#### 4. Basi giuridiche

I trattamenti dei dati personali hanno quali basi giuridiche (art. 6 GDPR): l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

Per il trattamento dei dati particolari quali quelli relativi allo stato di salute in fase di pre-ingresso è necessario il consenso esplicito.

#### 5. Destinatari

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono al Titolare servizi connessi alla corretta esecuzione dell'attività istituzionale in capo al Titolare e, nello specifico: a Organismi del Servizio Sanitario Nazionale (ASL/ATS di competenza, Ospedali, Cliniche e

Laboratori di analisi), ai medici, a società e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), a consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle compagnie assicuratrici. Inoltre, i dati potranno essere comunicati a terzi esclusivamente al fine di dar corso ad eventuali richieste ricevute e/o ottemperare ad obblighi di legge: Pubbliche Amministrazioni, Organismi di Vigilanza, forze di Polizia, uffici giudiziari, enti con funzioni previdenziali, socio-assistenziali e/o educative. Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno e tutori.

## 6. Trasferimento dati

Il Titolare del trattamento non ha intenzione di trasferire i dati personali dell'interessato verso un Paese terzo all'Unione Europea o verso un'organizzazione internazionale.

## 7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del servizio eventualmente erogato dal Titolare, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente.

## 8. Diritti dell'interessato

L'interessato ha il diritto di:

- chiedere al Titolare conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, ottenendo tutte le informazioni indicate all'art.

15 GDPR (diritto di accesso);

- chiedere la rettifica di dati inesatti o richiederne l'integrazione, qualora essi siano incompleti (art. 16 GDPR);

- ottenere la cancellazione dei dati personali, qualora ricorra uno dei motivi indicati all'art. 17 GDPR;

- ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR;

- revocare il consenso prestato per il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute, senza che sia pregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca (art. 7, par. 3 GDPR);

Tutti i sopraesposti diritti possono essere esercitati comunicandolo al Titolare attraverso i dati di contatto sopra citati.

Inoltre, l'interessato ha il diritto di:

- proporre reclamo ad un'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali)

**9. Il conferimento dei dati personali** costituisce requisito necessario per la conclusione del successivo contratto. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso al contratto e agli altri adempimenti legali connessi.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**dichiara di aver preso visione della presente informativa**

**e**

**PRESTA il consenso al trattamento dei dati particolari ex art. 9 GDPR come sopra indicato**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Compilatore dichiarante \_\_\_\_\_

Dichiarazione sostitutiva della  
**CERTIFICAZIONE DI LUOGO E DATA DI  
NASCITA**

(Art. 46 - lettera a - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità  
negli atti, richiamate dall'articolo 76 DPR 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi degli articoli 23 e 26 del d.lvo 196/2003 che i dati personali raccolti  
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale  
la presente dichiarazione viene resa.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\*

\* La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le  
normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici  
servizi e ai privati che vi consentono. Sono amministrazioni pubbliche tutte le Amministrazioni dello Stato,  
ivi compresi gli Istituti e le scuole di ogni ordine e grado, le istituzioni universitarie, le aziende e le  
amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le regioni, province, comuni e comunità montane,  
I.A.C.P., camere di commercio e qualsiasi altro ente di diritto pubblico (compresi gli enti pubblici  
economici).

# AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di FAMIGLIA

(Art. 46 ) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARA

che la propria famiglia residente in \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ (provincia)

via/piazza \_\_\_\_\_ è così composta:  
(indirizzo e numero civico)

1) il/la dichiarante

2) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

3) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

4) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

5) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

6) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

7) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

8) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

**Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.**

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Dichiarazione sostitutiva della  
**CERTIFICAZIONE DI RESIDENZA**

(Art. 46 - lettera b - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**  
DI ESSERE RESIDENTE A:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\*

\* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

# Fondazione San Riccardo Pampuri ETS

## VESTIARIO Promemoria per Ospiti e Parenti

### 1. Dotazione minima all'ingresso:

almeno capi n.:

- 6 abbigliamento stagionale
- 6 biancheria intima in buona qualità (anche calze)

Per ospiti in carrozzina:

- prediligere pantaloni e magliette / maglioncini o tute

Per tutti gli ospiti:

- gli indumenti di lana non sono consigliati in quanto dovendo subire numerosi lavaggi sono facilmente soggetti ad infeltrimento

### 2. I capi di vestiario non si dovranno contromarcare con fettucce / pennarelli riportanti numeri o altre sigle; la struttura marcherà tutti gli indumenti con etichette termiche indicanti il nome e cognome dell'ospite senza oneri aggiuntivi

### 3. Non sono necessari:

- asciugamani
- biancheria per il letto.