

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

Il/la sottoscritta/o _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____

di essere residente a _____ (prov. _____) in

Via _____ n° _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

- di trovarsi nella condizione sociosanitaria come da scheda sanitaria allegata.

Medico di Medicina Generale Dottor/ssa _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA, DEBITAMENTE COMPILATI:

- ❖ Carta d'identità e tessera sanitaria dell'Ospite e del familiare richiedente l'ingresso;
- ❖ Copia verbale invalidità/accompagnamento;
- ❖ Copia tessera sanitaria e eventuali esenzioni;
- ❖ Consenso privacy, consenso informato firmati (sia dell'ospite che della persona di riferimento);

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

<u>STATO CIVILE</u>	<u>PROVENIENZA OSPITE</u>
☐ Celibe/nubile	☐ direttamente dal domicilio
☐ Coniugato	☐ struttura psichiatrica
☐ Separato	☐ struttura sanitaria accreditata
☐ Divorziato	☐ struttura sanitaria non accreditata
☐ Vedovo	☐ in dimissione da Istituto di riabilitazione
☐ Non dichiarato	☐ in dimissione da altro regime di tipologia
	☐ dimesso da altra Struttura
	☐ altro

<u>TIPO DOMANDA</u>	<u>TITOLO DI STUDIO</u>
☐ nuova domanda	Scuola dell'obbligo Scuola media
☐ domanda presentata in precedenza	Scuola superiore Laurea
☐ inserimento avvenuto	<u>PROFESSIONE SVOLTA IN PASSATO</u>
☐ rinuncia temporanea	
☐ rinuncia definitiva	
☐ decesso	

<u>MOTIVO DELLA DOMANDA</u>	<u>SITUAZIONE PENSIONISTICA</u>
☐ ha perso l'autonomia fisica/psichica	☐ nessuna pensione
☐ la famiglia non è in grado di provvedere	☐ anzianità/vecchiaia
☐ vive solo	☐ sociale
☐ l'alloggio è inidoneo	☐ tipologia speciale (guerra, infortunio)
☐ altro	☐ reversibilità
	☐ invalidità%

FIGLI VIVENTI

maschi: n°

femmine: n°

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

<u>INIZIATIVA DELLA DOMANDA</u>	<u>TIPOLOGIA ASSISTENZA</u>
☐ il soggetto stesso	☐ ricovero ordinario
☐ familiare o affine	☐ ricovero di sollievo
☐ assistente sociale	☐ ricovero d'emergenza
☐ medico	
☐ tutore	
☐ altro	

CHIEDE

di essere ammesso/a in RSA:

☐ A LUNGO TERMINE
 ☐ TEMPORANEO

L'invio della Domanda di Ammissione alle seguenti RSA:

☐ RSA PONTE DI LEGNO	☐ RSA ESINE
☐ RSA MALONNO	☐ RSA BERZO INFERIORE
☐ RSA CAPO DI PONTE	☐ RSA BIENNO
☐ RSA BRENO	☐ RSA ARTOGNE
☐ RSA BORNO	☐ RSA DARFO BOARIO TERME
☐ RSA LOZIO	☐ RSA PISOgne
☐ RSA PIANCOGNO	☐ ALTRO _____

Si impegna a corrispondere la retta stabilita.

Dichiara inoltre di aver ricevuto in copia e di aver attentamente letto i seguenti documenti:

- Carta dei Servizi in vigore
- Informativa Privacy
- Informativa sull'amministratore di sostegno

Data, _____

Firma richiedente _____

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

PERSONA DI RIFERIMENTO (per aspetti economici e legali). In caso di mancanza di parenti da compilarsi da parte del Comune. Con la firma seguente la persona di riferimento (o il Comune) si impegna a rispondere personalmente al pagamento della retta giornaliera, in caso di impossibilità da parte dell'Ospite, in caso di ammissione dello stesso.

Cognome e Nome	Indirizzo e Comune di residenza	Telefono	Grado di parentela	Firma

EMAIL PERSONA DI RIFERIMENTO:

ALTRE PERSONE OBBLIGATE

Cognome e Nome	Indirizzo e Comune di residenza	Telefono	Grado di parentela	Firma
Cognome e Nome	Indirizzo e Comune di residenza	Telefono	Grado di parentela	Firma

IN CASO DI INCAPACITA' DELL'OSPITE LA POSTA VERRA' CONSEGNATA:

Cognome e Nome	Indirizzo e Comune di residenza	Telefono	Grado di parentela	Firma

Data _____

Firma _____

SCHEMA SANITARIA

(a cura del medico di famiglia)

COGNOME _____	NOME _____
Data di nascita ____/____/____	Sesso M ☐ F ☐

A - VALUTAZIONE COMORBILITA' E SEVERITA' (CIRS)

- | | |
|---------------|--|
| ① assente | Nessuna compromissione di organo/sistema. |
| ② lieve | La compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi). |
| ③ moderato | La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, la prognosi è buona (es. acololitiasi, diabete, fratture). |
| ④ grave | La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco). |
| ⑤ molto grave | La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia). |

	<i>PATOLOGIE IN ATTO</i>	<i>DIAGNOSI</i> <i>(Quadro da compilarsi obbligatoriamente)</i>	<i>PUNTEGGIO</i>
1	CARDIACA (solo cuore)		① ② ③ ④ ⑤
2	IPERTENSIONE (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)		① ② ③ ④ ⑤
3	VASCOLARI (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)		① ② ③ ④ ⑤
4	RESPIRATORIE (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)		① ② ③ ④ ⑤
5	O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)		① ② ③ ④ ⑤
6	APPARATO GASTRO ENTERICO SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)		① ② ③ ④ ⑤
7	APPARATO GASTRO ENTERICO INFERIORE (intestino, ernie)		① ② ③ ④ ⑤
8	EPATOPATIE (solo fegato)		① ② ③ ④ ⑤
9	RENALI (solo rene)		① ② ③ ④ ⑤
10	ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)		① ② ③ ④ ⑤
11	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRO-CUTE (muscoli, scheletro, tegumenti)		① ② ③ ④ ⑤
12	SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (non include la demenza)		① ② ③ ④ ⑤
13	ENDOCRINE-METABOLICHE (include diabete, infezioni, stati tossici)		① ② ③ ④ ⑤
14	PSICHIATRICO-COMPORTAMENTALI (demenza, psicosi, depressione, ansia, agitazione, psicosi)		① ② ③ ④ ⑤

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

B - VALUTAZIONE STATO FUNZIONALE (BARTHEL MODIFICATO)

<i>Indice mobilità</i>					
Trasferimenti letto - sedia	①	②	③	④	⑤
deambulazione	①	②	③	④	⑤
Locomozione su sedia a rotelle	①	②	③	④	⑤
Igiene personale	①	②	③	④	⑤
Alimentazione	①	②	③	④	⑤

Trasferimenti letto sedia

1. manca la capacità di collaborare al trasferimento, per il quale sono necessarie due persone, con o senza ricorso ad uno strumento meccanico
2. il paziente collabora, ma rimane necessaria la completa assistenza da parte di una persona in tutte le fasi della manovra
3. per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza prestata da una persona
4. occorre la presenza di una persona al fine di infondere fiducia o di garantire sicurezza
5. il paziente è in grado, senza correre pericoli, di accostare il letto manovrando una carrozzina, bloccarne i freni, sollevarne le pedane poggipiedi, salire sul letto, coricarvisi, passare alla posizione seduta al bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risedersi sopra. Si richiede l'autonomia in tutte le fasi del trasferimento.

Deambulazione

1. dipendenza rispetto alla locomozione
2. ai fini della deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone
3. è necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare ausili. L'assistenza viene fornita da una persona
4. il paziente è autonomo nella deambulazione ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o, altrimenti, risulta necessaria una supervisione che garantisce fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
5. qualora necessario il paziente deve essere capace di indossare dei corsetti, allacciarli e slacciarli, assumere la posizione eretta, sedersi, e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve inoltre essere in grado di adoperare stampelle, bastoni o un deambulatore, e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

N.B. da compilare solamente se il paziente è quotato "1" "rispetto alla deambulazione e solo se è stato istruito sull'uso della sedia a rotelle"

1. il paziente è in carrozzina, dipendente per la locomozione
2. il paziente può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti, su superficie piana; riguardo a tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di assistenza
3. è indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.
4. il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli sui terreni di più consueta percorrenza. E' tuttavia ancora necessario aiutarlo limitatamente agli spazi più angusti.
5. per essere giudicato autonomo il paziente deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su stesso con la sedia a rotelle, e di accostarla al tavolo, al letto, alla toilette ecc. Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

1. il paziente non è capace di badare all'igiene della propria persona ed è dipendente da tutti i punti di vista
2. è necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale.
3. è necessario aiutarlo in uno o più aspetti dell'igiene personale
4. il paziente è in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni da eseguire.
5. il paziente riesce a lavarsi le mani ed il volto, a pettinarsi, pulirsi i denti e radersi. Un maschio può usare qualsiasi tipo di rasoio ma deve essere in grado di inserirvi la lama o di collegarlo alla presa.

Alimentazione

1. il paziente è totalmente dipendente per quanto riguarda l'alimentazione, e va imboccato
2. riesce a manipolare una posata, di solito un cucchiaino, od un altro strumento, ma è necessaria la presenza di qualcuno che fornisca assistenza attiva durante il pasto
3. il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. L'assistenza è limitata a gesti più complicati, come versare latte o zucchero nel tè, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto, o altre attività di preparazione al pasto
4. il paziente è indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli ecc. la presenza di un'altra persona non è indispensabile
5. il paziente riesce a mangiare per conto proprio su una tavola apparecchiata. Deve essere in grado di adoperare da solo un ausilio, laddove necessario, e poter condire con sale, pepe o burro ecc.

C - VALUTAZIONE DI COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO (GBS)

Confusione	①	②	③	④
Irritabilità	①	②	③	④
Irrequietezza	①	②	③	④

Confusione

1. è completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
2. è chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
3. appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4. è in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

irritabilità

1. qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2. uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
3. mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
4. non mostra segni di irritabilità ed è calmo

irrequietezza

1. cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2. appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
3. mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante le conversazioni, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
4. non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

D - VALUTAZIONE DEL SENSORIO

ASPETTI PSICOSENSORIALI	assente	limitata	integra
Capacità di comunicare	①	②	③
Vista	①	②	③
Udito	①	②	③

E – ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Neoplasia maligna	① no	② si
AIDS	① no	② si
Malattie progressive SNC	① no	② si

Accidenti cerebrali:	① no	② recenti	③ pregressi
Esiti: ① afasia ② disfasia	① emi ② para ③ tetra	① paresi ② plegia	

Trauma / intervento chirurgico	① no	② frattura femore	③ altre fratture
	④ protesi anca	⑤ interv. chirurgici	⑥ altro

Lesioni da decubito

Stadiazione	NO	1°	2°	3°	4°
Punteggio	①	②	③	④	⑤

Ausili prevenzione lesioni	Letto	Materassino
	no ① ② si	no ① ② si

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

Dipendenza	① no	② alcool	③ stupefacenti	⑨ altro
------------	------	----------	----------------	---------

Ausili per la gestione dell'insufficienze funzionali già in uso

Ausili per il movimento	Bastone/gruccia no ① ② si	Arto artificiale no ① ② si	Carrozzina no ① ② si
Gestione incontinenza	Presidi assorbenti no ① ② si	Catetere vescicale no ① ② si	Ano artificiale no ① ② si
Gestione diabete	Solo dieta no ① ② si	Antidiabetici orali no ① ② si	Insulina no ① ② si
Alimentazione artificiale	Sondino no ① ② si	PEG no ① ② si	Parenterale totale no ① ② si
Insufficienza respiratoria	O ² intermittente no ① ② si	O ² costante no ① ② si	Ventilatore no ① ② si
Dialisi	Peritoneale no ① ② si	Extracorporea no ① ② si	

D - ALTRI PROBLEMI CLINICI

- ☐ Nessuno
- ☐ Tracheotomia
- ☐ Ozono terapia con Ozono liquido
- ☐ Ozono terapia con Ozono gassoso
- ☐ Ventilazione polmonare assistita
- ☐ Coma o stato neurovegetativo
- ☐ Radioterapia
- ☐ Chemioterapia

E - DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI - UMORE

- ☐ Disorientamento tempo/spazio
- ☐ Ansia
- ☐ Depressione
- ☐ Deliri (di persecuzione, gelosia, ecc.)
- ☐ Allucinazioni
- ☐ Agitazione psicomotoria diurna
- ☐ Agitazione psicomotoria notturna
- ☐ Vagabondaggio
- ☐ Insonnia
- ☐ Affaccendamento
- ☐ Aggressività – auto e/o eterodiretta
- ☐ Urla e lamentazioni ripetitive
- ☐ In cura presso servizi psichiatrici
- ☐ Tentati suicidi
- ☐ Eventuali note:



DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA

Mod. AG.
Rev.00 del 29/05/2026

F - ALIMENTAZIONE

- ☐ Disfagia
- ☐ Malnutrizione
- ☐ Obesità
- ☐ Abbisogna di cibi frullati e/o omogeneizzati

G - TERAPIA RIABILITATIVA IN CORSO

1 - NO ☐ 2 - Sì ☐

H - VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA DEL PAZIENTE

- ☐ **STABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico programmabile di routine mensilmente o più.
- ☐ **Moderatamente STABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile più volte al mese, meno di una volta la settimana.
- ☐ **MODERATAMENTE INSTABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale programmabile da una a più volte la settimana.
- ☐ **INSTABILE**: con monitoraggio medico-infermieristico e strumentale da quotidiano a pluriquotidiano.

I - TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allergia a farmaci

1 – NO ☐ 2 - Sì ☐

Se sì quali _____

Data _____

Timbro e firma del Medico

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

SCHEDA SOCIALE

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____

STATO CIVILE

- ☐ Celibe
☐ Coniugata/o
☐ Separata/o
☐ Divorziata/o
☐ Vedova/o

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO

- ☐ Solo
☐ Con coniuge
☐ Coniuge/figli
☐ Con figli
☐ Con genitori
☐ Altro

NR. FIGLI VIVENTI

Maschi _____

Femmine _____

PERSONE SIGNIFICATIVE CHE PRESTANO ASSISTENZA

Tipo di relazione	Nominativo	Residenza – recapito telefonico – mail	Convivente con il richiedente

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- ☐ Utente stesso
☐ Familiare
☐ Medico
☐ Assistente sociale

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- ☐ Tutore
☐ Curatore
☐ Amministratore di sostegno
☐ Ha in corso la pratica per la nomina di _____

	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
---	---	-----------------------------------

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i	_____
Numero pensione	_____
Data di Emissione	_____
Tipo di invalidità e percentuale	_____
Indennità di accompagnamento	_____
Esenzione ticket sanitario per	_____
Eventuali pratiche in corso per	_____

USUFRUISCE ATTUALMENTE DEI SEGUENTI SERVIZI

- ☐ ADI
- ☐ SAD
- ☐ Assistente familiare
- ☐ Altro

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

Attualmente vive la persona vive:

- ☐ Solo
- ☐ In altra struttura
- ☐ Altro

Collocazione abitazione

- ☐ Zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- ☐ Zona decentrata (abitazione sita fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- ☐ Centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

Barriere Architettoniche

- ☐ Nessuna
- ☐ Solo esterne
- ☐ Solo interne
- ☐ Esterne ed interne

Servizi Igienici

- ☐ Interni ed adeguati
- ☐ Poco funzionali e/o usurati
- ☐ Esterni e/o inagibili

Riscaldamento

- ☐ In tutti i locali
- ☐ Solo in alcuni locali
- ☐ Stufa

MOTIVO DEL RICOVERO

- ☐ Stato di salute
- ☐ Solitudine
- ☐ Problemi familiari
- ☐ Problemi abitativi

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

ASPETTI DI AUTONOMIA E BISOGNI ASSISTENZIALI

IL REDDITO DEL RICHIEDENTE IN RAPPORTO ALLA RETTA DEL SERVIZIO RICHIESTO E SPESE CONNESSE

- ☐ È sufficiente in totale autonomia
- ☐ Necessita di integrazione regolare da parte dei parenti
- ☐ Necessita di contributo economico da parte di Ente Pubblico

IL RICHIEDENTE SI ALIMENTA IN MODO

- ☐ Corretto ed adeguato
- ☐ Deve essere controllato e/o stimolato nell'alimentazione
- ☐ Non si alimenta e/o non in modo corretto ed adeguato

IL RICHIEDENTE NELLA GESTIONE ED ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA NECESSITA

- ☐ Di assistenza ed indirizzo per alcune funzioni/in alcuni momenti della giornata
- ☐ Di assistenza diurna
- ☐ Di assistenza diurna e notturna

ASPETTI RELAZIONALI E FAMILIARI

IL RICHIEDENTE HA DIFFICOLTÀ DI RELAZIONE E/O CONFLITTI CON FAMILIARI E/O PARENTI CHE GENERANO DISAGIO E INFLUISCONO SULLA QUANTITÀ E/O QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E CURA

- ☐ Vive relazioni che consentono di prestare l'assistenza e cura
- ☐ Sono presenti difficoltà di relazione e/o conflitti con familiari conviventi
- ☐ Sono presenti difficoltà di relazione e/o conflitti con familiari non conviventi

I FAMILIARI/CAREGIVER SVOLGONO LE MANSIONI DI CURA IN MODO

- ☐ Competente ed efficace
- ☐ Insufficiente inabilità ed inefficacia della risposta
- ☐ Trascurato e superficiale

IL RICHIEDENTE USUFRUISCE DELL'ASSISTENZA DI UN SUPPORTO FAMILIARE (QUANTITÀ DELLA CURA)

- ☐ Sufficiente a coprire tutti i suoi bisogni e tempi di cura necessari
- ☐ Sufficiente a coprire solo le esigenze principali e/o urgenti
- ☐ Assente o insufficiente a coprire le esigenze primarie

AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA

CAPACITÀ DI:

- ☐ usare il telefono
- ☐ fare acquisti
- ☐ preparare il cibo
- ☐ governare la casa
- ☐ lavare e stirare la biancheria
- ☐ utilizzare i mezzi di trasporto
- ☐ somministrarsi medicinali
- ☐ maneggiare denaro

NECESSITÀ DI ASSISTENZA NOTTURNA

- ☐ È sufficiente un campanello in caso di urgenza
- ☐ Il caregiver dorme vicino si alza alla chiamata e al bisogno
- ☐ Il caregiver deve essere vigile tutta la vita



DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA

Mod. AG.
Rev.00 del 29/05/2026

MOTIVAZIONI SOTTOSTANATI LA RICHIESTA DEL SERVIZIO

TIPOLOGIA DI DOMANDA

- ☐ 1 domanda
- ☐ domanda d'urgenza
- ☐ utente già conosciuto

DOMANDA

- ☐ RSA accreditata
- ☐ RSA sollievo

AL MOMENTO DELLA RICHIESTA L'INTERESSATO SI TROVA

- ☐ Al proprio domicilio o al domicilio del parente/caregiver
- ☐ In Struttura Psichiatrica
- ☐ In Struttura Ospedaliera e/o di Riabilitazione
- ☐ In struttura sanitaria non accreditata
- ☐ In Struttura di ricovero

- ☐ URGENZA SANITARIA (DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO)

- ☐ URGENZA SOCIALE (DA COMPILARE A CURA DELL'ASSISENTE SOCIALE)

Data e Luogo

FIRMA

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

Gent. Sig.ra / Egregio Sig.

Oggetto: **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 10, LEGGE 196/03**

Informativa sottoposta a:

In qualità di:

Ai sensi dell'articolo 13 della legge in oggetto lo scrivente è tenuto ad informarLa, rispetto ai trattamenti ai quali sottoporrà i dati personali e sanitari che Lei stesso o altri ci forniranno o che si formeranno nel corso della Sua permanenza nella nostra struttura, circa:

a) finalità del trattamento

i dati raccolti vengono trattati ai seguenti fini:

- valutare l'idoneità del candidato per l'accesso al servizio;
- inserire l'interessato in una lista di attesa per un futuro inserimento;

in caso l'interessato non venga immediatamente inserito nella nostra struttura la domanda viene conservata per successive valutazioni. Quando non fosse più necessario il mantenimento dell'interessato nella lista d'attesa la domanda compilata viene eliminata a cura del responsabile dei trattamenti.

- consentire l'accesso al servizio;
- consentire il mantenimento del soggetto al servizio prestato;

al termine della permanenza presso la nostra struttura la documentazione fornita e formata si verrà conservata secondo quanto disposto dalla normativa di riferimento quindi, se non richiesta, verrà eliminata.

b) modalità del trattamento

La struttura è organizzata in modo da operare secondo quanto previsto dalle attuali norme in materia di riservatezza nei trattamenti dati. In particolare opera esclusivamente tramite soggetti incaricati ed applica le previste misure di sicurezza, sia logiche che fisiche.

Il trattamento dei dati avviene sia in forma manuale che automatizzata. In particolare la forma automatizzata consente l'organizzazione dei dati per molteplici criteri di ricerca; tuttavia non vengono poste in essere estrazioni o aggregazioni di dati per finalità diverse da quelle dichiarate al punto precedente né vengono fatte valutazioni basate unicamente sul trattamento automatizzato dei dati.

La particolare natura delle informazioni che vengono trattate ci spinge ad adottare rigide regole di riservatezza e di sicurezza nel trattamento e nella conservazione dei dati. Nessun dato viene portato al di fuori della struttura se non per le comunicazioni descritte nei punti successivi in ambiti strettamente correlati con le finalità che la Casa di Riposo si propone.

I documenti relativi agli ospiti vengono conservati in uffici o in armadi non accessibili ed il personale riceve precise istruzioni alle quali attenersi nel trattamento dei dati che gli vengono affidati.

Tutta la documentazione raccolta e trattata dalla Casa di Riposo durante la permanenza presso la sua struttura sarà conservata, con il Suo consenso, anche dopo la cessazione del rapporto con gli stessi principi di riservatezza e di sicurezza.

c) natura del conferimento dei dati e conseguenza di un eventuale rifiuto

I Suoi dati personali, la Sua situazione sanitaria possono essere raccolti e trattati dalla Casa di Riposo a seguito di comunicazione da parte Sua, da parte di Suoi familiari, da parte di Enti Pubblici con i quali esista una convenzione, da parte di soggetti privati che ne siano legittimamente a conoscenza.

Il mancato conferimento dei dati necessari al perseguimento delle finalità che la nostra Casa di Riposo si propone potrebbe pregiudicare la qualità del servizio.

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

La legge in oggetto tutela in modo particolare quei dati dai quali si possano desumere informazioni idonee a rivelare l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose, le opinioni politiche, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Per il trattamento di questi dati da parte della Casa di Riposo Lei è tenuto ad esprimere esplicitamente il proprio consenso. Una eventuale negazione di questo consenso non ci consentirebbe di compiere fino in fondo il compito che ci prefiggiamo.

d) ambiti di comunicazione

Per lo svolgimento delle attività descritte ai punti precedenti può rendersi necessaria la comunicazione dei dati acquisiti ai seguenti soggetti:

- all'ASL di competenza;
- ad enti pubblici o privati che operino per conto o in collaborazione con l'ASL;
- ad enti pubblici in genere nel caso sia previsto da una norma;
- ad altre strutture (altre case di riposo, ospedali, cliniche) nelle quali il soggetto potrà essere inserito in futuro al fine di documentare lo stato dell'ospite;
- a chiunque, a discrezione del Responsabile, purché la comunicazione sia finalizzata alla tutela della salute dell'interessato o della collettività limitatamente alle informazioni pertinenti a tali finalità;
- ad aventi diritto che documentino la necessità della conoscenza.

In allegato alla presente informativa Le verrà richiesto di indicare un elenco di soggetti autorizzati alla conoscenza dei Suoi dati e autorizzati ad interloquire con i nostri incaricati. Non verranno fornite informazioni o rilasciata documentazione a soggetti che non rientrino nell'elenco allegato o che non si presentino con una Sua delega valida.

e) Diritti di cui all'articolo 7

In qualità di interessato Lei ha facoltà di esercitare i diritti di cui all'articolo 7 della legge in oggetto (accesso, aggiornamento, cancellazione) rivolgendosi per iscritto al Responsabile del trattamento come riportato al punto successivo. Il testo integrale dell'articolo in oggetto può essere richiesto al responsabile del trattamento.

f) titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento dei dati è la scrivente. Responsabile del trattamento è il Legale rappresentante Lorenzi Marina domiciliato per l'incarico presso la sede della scrivente.

Edolo, _____

Il responsabile del trattamento

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Come previsto dagli articoli 23 e 24 della Legge 196/03, con riferimento alla informativa consegnatami ai sensi dell'articolo 13, io sottoscritto

In qualità di

dichiaro quanto segue:

1) rispetto al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali dell'interessato nella forma e per le finalità descritte nella suddetta informativa, informato delle conseguenze di un mio eventuale rifiuto

☐ do il consenso

☐ nego il consenso

2) rispetto alla conservazione dei dati personali dell'interessato anche al termine della mia permanenza presso la Casa di Riposo come descritto al punto b)

☐ do il consenso

☐ nego il consenso

in caso abbia negato il consenso autorizzo comunque la Casa di Riposo a conservare la documentazione che mi riguarda purché venga resa in forma anonima, ai soli fini statistici.

Elenco dei soggetti ai quali possono essere comunicati dati o consegnati documenti come da punto d) della presente informativa

Nome e Cognome o Ragione Sociale	Rapporto o grado di parentela

A nessun altro soggetto che ne faccia richiesta verranno forniti dati o documenti al di fuori di quelli che documentino la legittimità della richiesta o che si presentino con una delega scritta.

Questo elenco può essere aggiornato nel tempo solo per mezzo di una comunicazione scritta.

In fede

data e firma

Fondazione Domenico Giamboni ETS 	DOMANDA DI AMMISSIONE IN GRADUATORIA	Mod. AG. Rev.00 del 29/05/2026
--	---	-----------------------------------

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA D'INGRESSO

- ❖ Carta d'identità e tessera sanitaria dell'Ospite e del familiare richiedente l'ingresso;
- ❖ Copia verbale invalidità/accompagnamento;
- ❖ Copia tessera sanitaria e eventuali esenzioni;
- ❖ Consenso privacy, consenso informato firmati (sia dell'ospite che della persona di riferimento);