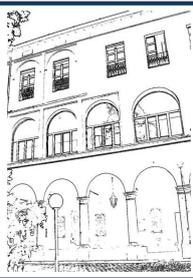


**FONDAZIONE OPERA PIA
LUIGI MAZZA ONLUS**

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



**CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO
NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO
C.D.I.**

1

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____

presso la sede della Fondazione Opera Pia Luigi Mazza Onlus

TRA

(OSPITE)

Nome e Cognome Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ () il _____ residente in _____

via _____ n. _____ C.F. _____

Stato Civile _____ Professione _____

Tessera sanitaria nr. _____ Esenzione _____ Medico curante _____

Recapito telefonico _____ Sig./Sig.ra _____

Nome e Cognome (di seguito denominato **Garante**) Sig./Sig.ra _____

Grado di parentela _____ Tutore/Amm. di sostegno _____

nato/a _____ () il _____ residente in _____

via _____ n. _____, C.F. _____

Telefono _____ Indirizzo@ mail _____

E

La **Fondazione Opera Pia Luigi Mazza** (di seguito denominata **Ente**), Cod.Fisc. e Partita Iva 00277170197, con sede legale in Pizzighettone (CR), Via Porta Soccorso n. 25, legalmente rappresentata dalla Presidente pro-tempore Avv. Debora Adelaide Mossoni,

PREMESSO CHE

1. le parti intendono adottare le seguenti definizioni:

- a. l'Ente individua nel Centro Diurno Integrato l'unità di offerta a supporto della domiciliarità, e la organizza in conformità degli standard strutturali e gestionali dettati dalla normativa vigente;
- b. Utente/cliente individua la persona anziana fruitore del servizio offerto dalla Fondazione Opera Pia Luigi Mazza Onlus;
- c. Garante: individua il familiare e/o parente, tutore legale, amministratore di sostegno che con l'ospite, o in luogo dell'Ospite, richiede l'erogazione del servizio offerto dal C.D.I., garantendo in solido con l'utente l'adempimento delle obbligazioni assunte da quest'ultimo;

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO C.D.I.

- d. Domanda di ingresso: è l'atto con il quale l'utente/cliente o il garante hanno formalizzato la richiesta di erogazione del servizio;
- e. Relazione Sanitaria: è il documento con il quale il medico curante fornisce all'Ente il quadro psicofisico e sanitario dell'Ospite, sulla base del quale l'équipe sociosanitaria dell'Ente esprime parere in merito alla adeguatezza e all'accoglimento della domanda ai bisogni dell'utente/cliente;
2. l'Ente è titolare di autorizzazione al funzionamento e accreditamento per l'attività di Centro Diurno Integrato e appartiene alle reti delle unità di offerta socio sanitarie della Regione Lombardia;
 3. la struttura è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa in materia di igiene, prevenzione e sicurezza;
 4. che, per lo svolgimento della predetta attività, l'Ente si avvale di apposito personale con professionalità e consistenza numerica adeguate alle indicazioni previste dal contratto di accreditamento con l'ASL di Cremona;
 5. l'utente/cliente e il Garante hanno presentato domanda di ingresso, dopo aver preso visione del Centro Diurno integrato della natura e del tenore dei servizi offerti e della Carta dei Servizi;
 6. la domanda di accoglimento presso il Centro Diurno e le relazioni socio-sanitarie formulate dai professionisti del territorio sono valutate dal responsabile sanitario, dal responsabile sociale e dal coordinatore infermieristico (o da persone da essi delegate). L'équipe esprime parere in merito all'adeguatezza della domanda nonché dell'accoglimento dell'utente/cliente presso il Centro Diurno Integrato;

TUTTO CIO' PREMESSO

le parti, come sopra rappresentate, convengono e stipulano quanto segue:

Art. 1 - Oggetto

L'utente/cliente _____ viene accolto all'interno del C.D.I a far data dal _____.

Art. 2 - Modalità di erogazione del servizio

L'Ente erogherà il servizio rapportandosi all'utente/cliente rispettando la sua riservatezza e la sua personalità, valorizzando la sua persona attraverso una particolare cura dell'aspetto fisico e promuovendo il rispetto del patrimonio religioso e culturale.

L'attività sarà il più possibile conformata ai ritmi e alle attitudini dell'utente/cliente, garantendo, altresì, una normale vita di relazione e la possibilità di sviluppo culturale di ognuno con apposite e flessibili differenziazioni.

L'Ente attiverà per l'utente/cliente idonei interventi per la stimolazione e la promozione delle abilità residue, soprattutto in riferimento all'alimentazione, alla mobilitazione, all'igiene, alla protezione e socializzazione come risposta ai bisogni psico-sociali al fine di prolungare il più lungo possibile la sua permanenza a domicilio.

L'Ente predispone e dà attuazione per ciascun utente/cliente a programmi individualizzati PAI, ricomprendenti tutte le attività erogate nel C.D.I e quelle condivise con l'R.S.A, finalizzati al recupero psico-fisico ed al mantenimento delle condizioni dell'anziano, attraverso interventi individuali e collettivi.

L'Ente riconosce nella famiglia, i parenti e alla rete informale dell'utente/cliente, un ruolo importante nella vita affettiva, relazionale e di cura del proprio congiunto. Per tale motivo la partecipazione della famiglia alla vita del C.D.I è particolarmente gradita perché genera un collegamento sinergico fra l'utente/cliente ed il proprio ambiente.

a) Prestazioni Assistenziali

L'assistenza va intesa come protezione ed aiuto all'utente/cliente in ogni momento per l'assolvimento di alcune delle funzioni quotidiane e se previste nel P.A.I. come:

- aiuto per il riposo pomeridiano;
- aiuto per l'igiene intima nel rispetto della privacy;
- aiuto per il bagno settimanale;
- aiuto per la fruizione dei servizi igienici;
- aiuto per le necessità riferite all'incontinenza;
- aiuto per vestirsi e svestirsi;
- aiuto per l'assunzione dei cibi;
- aiuto per la corretta deambulazione;
- aiuto per lo svolgimento di tutte le attività che lo stato di disagio rende difficoltose o di impossibile realizzazione;
- partecipazione a momenti di animazione all'interno del C.D.I e allo svolgimento di attività tendenti alla socializzazione e/o a recuperare la situazione di emarginazione.

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO C.D.I.

b) Prestazioni Sanitarie

Il C.D.I. eroga prestazioni mediche, infermieristiche e fisioterapiche in base alle effettive necessità dell'utente/cliente, previa acquisizione, tramite il medico curante, della documentazione sanitaria disponibile. Il medico di nucleo e le altre figure sanitarie coinvolte compilano il fascicolo socio-sanitario, per quanto di competenza, con registrazione della anamnesi, dell'esame fisico e della diaria. Tra le prestazioni sanitarie si ricomprendono:

- rilevazione di pressione arteriosa ed altri parametri, secondo schema individualizzato, esecuzione di stick glicemici agli ospiti diabetici, medicazioni ed altre procedure infermieristiche quando indicate.
- prelievi ematici per esami ematochimici su prescrizione del proprio medico curante;
- terapia orale, intramuscolare, endovenosa ed infusione su prescrizione del medico curante;
- attivazione di programmi riabilitativi fisioterapici su prescrizione del medico curante, eventualmente previa valutazione specialistica fisiatrica.

c) Sostegno psicologico e sociale

All'interno del C.D.I., operano educatori, i quali nell'agire professionale, attuano interventi a sostegno e riabilitazione della sfera sociale e cognitiva dell'utente/cliente.

d) Prestazioni alberghiere

Fornitura di colazione; pranzo, merenda pomeridiana, idratazione.

Pulizia e sanificazione di tutti i locali del Centro Diurno Integrato

Art. 3 - Oneri a carico dell'Ente

L'Ente pone a proprio carico, e quindi risultano ricomprese nella retta, le prestazioni sanitarie assistenziali e alberghiere così come specificate all'art. 2. Inoltre restano a carico dell'Ente l'assicurazione per la responsabilità civile contro terzi (RCT).

L'Ente eroga tutte le attività in base alla predisposizione di protocolli specifici cui il personale è tenuto ad adeguarsi nell'esecuzione delle prestazioni agli utenti/clienti.

Art. 4 - Oneri a carico dell'utente/cliente

L'utente/cliente o il garante si impegna al regolare pagamento della quota fissa mensile. Restano a carico dell'utente/cliente tutte le prestazioni non ricomprese nella quota fissa, la cui descrizione è dettagliata nella Carta dei servizi. La quota fissa mensile deve essere versata anche nei casi in cui l'utente /cliente sia assente dal C.D.I. per motivi di ricovero in strutture ospedaliere e/o per altri motivi indipendenti dalla volontà dell'Ente (es. soggiorno climatico) e pertanto i giorni di assenza non saranno scontati.

Art. 5 - Carta dei servizi

L'Ente si è dotato della "Carta dei servizi" che fornisce all'utente/cliente e/o al Garante le descrizioni di tutte le attività e le prestazioni di cui gli utenti/clienti possono fruire nel C.D.I. La Carta dei servizi, inoltre, precisa le prestazioni che la struttura si rende disponibile ad erogare con costo a carico dell'ospite (es. parrucchiere, trasporto in ambulanza, trasporto dall'abitazione alla struttura e viceversa, ecc.). La Carta dei Servizi individua l'insieme delle regole e comportamenti che l'utente/cliente e il Garante si impegnano ad osservare durante la loro permanenza in C.D.I. Con la sottoscrizione del presente contratto l'utente/cliente e/o il Garante danno atto di aver ricevuto in occasione della presentazione della domanda di ingresso la Carta dei Servizi e di averne preso visione accettando tutte le clausole in esso contenute.

Art. 6 - Piani individuali di intervento

Per ogni utente/cliente è predisposto, a cura dell'Ente, un piano individuale d'intervento modellato sul programma assistenziale personalizzato. Tale piano, predisposto dall'equipe e redatto per iscritto, è oggetto di condivisione con l'anziano utente e/o con un referente/familiare dello stesso. Esso è, inoltre, sottoposto a verifiche periodiche e ad eventuali aggiornamenti.

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO C.D.I.

Art. 7 - Deposito cauzionale infruttifero e quota fissa mensile

All'atto dell'ammissione dell'utente/cliente si dovrà versare un deposito cauzionale infruttifero corrispondente a due mensilità per un complessivo importo di € 800,00, riferito a quanto stabilito dal Consiglio di Amministrazione per l'anno 2022.

La retta per l'anno 2022 ammonta a € 20,50 giornalieri (anche in caso di giornate di assenza dal C.D.I.), da corrispondersi con cadenza mensile tramite R.I.D. (Rapporti Interbancari Diretti) entro il giorno 10 del mese successivo a quelli di riferimento.

Quale corrispettivo delle prestazioni componenti il servizio l'utente e/o il Garante si obbligano a pagare la quota fissa mensile in vigore, nonché il servizio di trasporto, qualora l'utente/cliente ne usufruisse. Nei casi in cui il Comune di provenienza dell'ospite compartecipi al pagamento della retta, ovvero assuma l'intero onere della stessa, l'Ente può richiedere copia del provvedimento autorizzativo e quindi inviare direttamente al Comune gli importi a carico. Di tale evenienza l'Ente terrà particolarmente conto nei casi in cui il Comune disponga il ricovero di un ospite per mezzo di propri provvedimenti.

Art. 8 - Variazioni della quota mensile

L'Ente si riserva di rideterminare l'importo della quota fissa mensile. L'eventuale variazione verrà applicata previa comunicazione con congruo anticipo. Durante il tempo di preavviso l'utente e/o il Garante potranno dichiarare se accettano le nuove condizioni ovvero se optano per le dimissioni.

Art. 9 - Durata del contratto

Il presente Contratto ha decorrenza dal _____ ed ha durata fino alle dimissioni dell'utente dal C.D.I.

Art. 10 - Causa di dimissione

Costituiscono causa di dimissione dell'utente/cliente e risoluzione contrattuale:

10.1 la comunicazione di disdetta fatta da una delle parti per iscritto e con congruo preavviso di n. 10 giorni lavorativi (la quota giornaliera riferita al termine di preavviso verrà totalmente contabilizzata come prestazione erogata);

10.2 il mancato pagamento della quota fissa mensile, per due mensilità consecutive

10.3 la mancata accettazione da parte dell'utente/cliente o del Garante dell'eventuale variazione della quota fissa mensile come previsto dall'art. 8;

10.4 mutate condizioni psicofisiche dell'utente cliente con riscontrata e dichiarata inadeguatezza ad usufruire del Servizio diurno rilasciata dal Medico del Centro Diurno Integrato e convalidata dal Responsabile Sanitario.

Si precisa che la dimissione a causa del mancato pagamento della quota per due mensilità successive, potrà essere disposta con la semplice comunicazione scritta dell'Ente all'indirizzo dell'utente/cliente e del garante. Con detta comunicazione l'Ente provvederà ad incamerare il deposito cauzionale infruttifero, addebitando le maggiori spese che non venissero coperte dalle somme cauzionali.

Art. 11 - Divieto di cessione

L'Ente non potrà, a nessun titolo, cedere in tutto o in parte il contratto, né farlo eseguire da altri, neppure per mezzo di procuratore.

Nel caso di contravvenzione a tale divieto, la cessione si intenderà nulla e perciò senza alcun effetto nei rapporti con l'utente, il quale, anzi, avrà il diritto di ritenere risolto il contratto medesimo con il risarcimento di ogni eventuale danno.

Art. 12 - Coperture assicurative

L'Ente risponde direttamente di danni cagionati agli utenti/clienti dalle persone adibite ai servizi, provocati nell'esecuzione dei servizi stessi. L'Ente, a tal fine, deve provvedere alla stipula di un'adeguata copertura assicurativa, sia per la responsabilità civile contro terzi, sia per l'incendio degli immobili e di quanto in essi contenuto. L'Ente non risponderà a furti o smarrimenti di cose od oggetti personali dell'utente; L'Ente non rimborserà smarrimenti o rotture di protesi dentarie od acustiche, salvo non sia dimostrabile l'imputazione diretta e nominativa al personale che opera presso il Centro Diurno Integrato.

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO C.D.I.

Art. 13 - Regime fiscale

Il presente Contratto, redatto in duplice originale, è soggetta a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986, n. 131. In caso di registrazione, le spese di bollo e di registrazione sono a carico dell'Ente.

Art. 14 - Foro convenzionale

Eventuali controversie discendenti dall'interpretazione, esecuzione od applicazione del presente contratto, saranno devolute alla competenza esclusiva e non alternativa del foro di Cremona. L'azione giudiziaria potrà essere esperita da entrambe le parti solo ed esclusivamente dopo aver concluso il procedimento di composizione stragiudiziale della controversia innanzi ad un organo di mediazione civile.

Art. 15 - Trattamento dati personali

L'Ente direttamente e tramite il proprio personale, assicura il rispetto dei dati personali e sensibili degli utenti del C.D.I, come stabilito dal "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Le parti si danno reciproco consenso al trattamento dei dati in conformità al disposto di cui citato decreto legislativo limitatamente ed ai fini dell'esecuzione del contratto.

Art. 16 - Varie

Il contratto costituisce espressione integrale dell'accordo intervenuto tra le parti e sostituisce qualsiasi precedente intesa verbale o scritta.

Pizzighettone, li _____

Il Legale Rappresentante dell'Ente o Suo delegato

L'Ospite e/o il Garante

Le parti, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c., approvano ed accettano espressamente le clausole di cui ai punti: Art. 4 Oneri a carico dell'ospite; Art. 8 Variazione della quota fissa mensile; Art. 9 Durata del contratto; Art. 10 Causa di dimissione; Art. 14 Foro convenzionale. Si precisa inoltre, che le parti sono state puntualmente informate sulla retta mensile applicata e sull'obbligo di versare il deposito cauzionale infruttifero all'atto della sottoscrizione del presente contratto.

Il Legale Rappresentante dell'Ente o Suo delegato

L'Ospite e/o il Garante

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO C.D.I.

EMAIL: URP@FONDAZIONEMAZZA.IT

INFORMATIVA E CONSENSO PER DOMANDA RICOVERO

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del **Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/03)** che per poter accogliere la domanda di ricovero e dar corso all'assistenza del/la Sig./Sig.ra _____ questa amministrazione necessita di conoscere i dati personali e sulla salute del ricoverato ed anche i dati personali riguardante i famigliari o persone cui fare riferimento per la tutela dell'interessato al ricovero.

I dati personali da Lei forniti a questo ente, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi e/o strumentali ai servizi assistenziali/sanitari offerti, formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria, ma ricordiamo che l'ente non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria e nell'esecuzione delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente da Lei o tramite altra documentazione medica in Suo possesso o tramite accertamenti o visite, tutti i dati relativi alla persona del ricoverato, ritenuti utili ai fini clinici. **In mancanza del conferimento di dati, l'ente non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi.**

Per i dati necessari e sufficienti, sarà fatta **comunicazione** di esse all'interno dell'Ente a tutto il personale incaricato, ed all'esterno dell'ente, a:

- Istituti bancari e/o recupero crediti per provvedere alla riscossione delle rette di ricovero;
- ASL, Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Sistema Tessera Sanitaria dell'Agenzia delle Entrate al fine di predisporre il modello 730/Unico precompilato salvo esercizio del diritto di opposizione
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi;
- Enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico e clinico,
- Associazioni incaricate dei servizi di trasporto degenti in caso di visite, accertamenti, ricoveri ecc.

Per ulteriori garanzie, La informiamo che:

- tutto il personale è stato informato al rispetto del D.Lgs.196/03.
- in relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art.7 del D. Lgs.196/03 (che alleghiamo), tra cui in particolare, il diritto di conoscere i Vostri dati personali registrati, ottenerne la cancellazione quando consentito dalla legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporvi a trattamenti specifici;
- Il Titolare del trattamento dei dati è La Fondazione Opera Pia Luigi Mazza onlus nella persona del Legale Rappresentante Mossoni Debora Adelaide

In particolare, ai sensi dell'art. 81 ed 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che **l'interessato o colui che lo rappresenta** debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

PER CONSENSO *(da compilare se il consenso viene dato da persona che rappresenta l'Ospite che entra in struttura)*

Il sottoscritto _____

in qualità di: Figlio Genitore Coniuge Tutore Curatore Altro _____

del/la Sig./sig.ra _____ (nominativo dell'ospite che entra in struttura)

viene edotto dal medico competente e riconosce che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta e pertanto: **dichiara di aver appreso consapevolmente** quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona ricoverando e dei propri;

acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione relativamente alla presenza dell'interessato presso questa struttura a tutti coloro che ne faranno richiesta eventualmente con l'esclusione di:

Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del **nome e del cognome** per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc.) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per finalità ricreative all'interno della struttura e per la redazione di **pubblicazioni diffuse** su carta stampata o nel sito internet.

Il sottoscritto, in qualità di persona responsabile del soggetto interessato e sopra identificato, presa visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003, esprime esplicito consenso per i trattamenti suddetti.

Data _____

In fede _____

INTEGRAZIONE CRS- SISS Il sottoscritto è a conoscenza del fatto che, con il consenso prestato a questa Fondazione, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie ricevute dal soggetto ricoverato, per il loro eventuale utilizzo nel FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico). E' altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che sta riguardando il soggetto ricoverato, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il FSE, potranno avere luogo solamente qualora sia stato espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi - Servizio Informativo Socio Sanitario) - Informativa ex art. 76 D.lgs. 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Data _____

In fede _____

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO C.D.I.

7

PER CONSENSO (da compilare se il consenso viene dato personalmente dall'Ospite che entra in struttura)

Il sottoscritto _____ (ospite che entra in struttura)

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili;

acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione relativamente alla presenza dell'interessato presso questa struttura a tutti coloro che ne faranno richiesta eventualmente con l'esclusione di:

Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali con le seguenti modalità: utilizzo del **nome e del cognome** per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc.) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;

- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per finalità ricreative all'interno della struttura e per la redazione di **pubblicazioni diffuse** su carta stampata o nel sito internet;
- Il sottoscritto, presa visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003, esprime esplicito consenso per i trattamenti suddetti.

Data _____

In fede _____

INTEGRAZIONE CRS- SISS. Io sottoscritto sono a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto a questa Fondazione, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico). Sono altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al mio medico di base dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi – Servizio Informativo Socio Sanitario) – Informativa ex art. 76 d.lgs. 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Data _____

In fede _____

ART. 7 - D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196.

DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

**FONDAZIONE OPERA PIA
LUIGI MAZZA ONLUS**

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



**CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO
NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO
C.D.I.**

**DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE
AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN C.D.I.**

- **GREEN PASS O CERTIFICATO VACCINAZIONE COVID 19**
- **FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA**
- **FOTOCOPIA ESENZIONE TICKET (TESSERINO VERDE/ROSA)**
- **CERTIFICATO DI RESIDENZA IN CARTA SEMPLICE**
- **FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITA'**
- **CERTIFICATO MEDICO CURANTE**

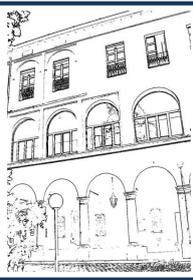
**Coordinate bancarie per effettuare i bonifici
(deposito cauzionale ed eventuale tenuta posto)**

**BANCO BPM - FILIALE PIZZIGHETTONE c/c 000000001377
IBAN IT 76 H 05034 57050 000000001377**

**FONDAZIONE OPERA PIA
LUIGI MAZZA ONLUS**

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009
COD.FISC./P.IVA 00277170197

URP@FONDAZIONEMAZZA.IT
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



**CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO
NEL CENTRO DIURNO INTEGRATO
C.D.I.**

CERTIFICATO MEDICO

Dott. _____
Indirizzo _____
Tel. _____

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Tessera sanitaria n. _____ Esenzione ticket _____ - _____

Diagnosi

Terapia in atto

Notizie anamnestiche rilevanti

Allergia a farmaci SI NO NON NOTA

Certifico che il Sig/la Sig.ra _____
non ha in atto malattie infettive/contagiose/psichiche che controindicano la vita in comunità.

Data _____

_____ (timbro e firma del medico)