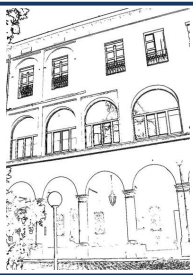


FONDAZIONE OPERA PIA
LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



1

**CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO
NELLA RESIDENZA SANITARIA
ASSISTENZIALE R. S. A.**

TRA

La **Fondazione Opera Pia LUIGI MAZZA** (di seguito denominata **Ente**) con sede in Pizzighettone CR Via Porta Soccorso 25, C.F. e P.IVA 00277170197, legalmente rappresentata dal Presidente pro-tempore Sinelli Dott. Egido, che a tale scopo delega ai fini della sottoscrizione del presente contratto il Direttore Generale nella persona della Dott.ssa Maria Bambina Spizzi

E

Il Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in Via _____ n. ____ tel. _____
C.F. _____ Ospite della R.S.A. dal _____
Assegno di accompagnamento sì no inoltrata richiesta sì no telefono _____
Attualmente al proprio domicilio sì no altro _____

Il Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in Via _____ n. ____ tel. _____
C.F. _____ che sottoscrive il presente contratto in qualità di _____
del/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____ Ospite della R.S.A. dal _____

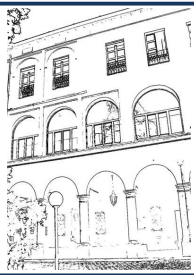
(NELL'IPOTESI IN CUI L'OSPITE NON SIA IN GRADO DI FIRMARE E NON ESISTA UNA FORMA DI TUTELA GIURIDICA)

Il Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in Via _____ n. ____ tel. _____
C.F. _____ nella sua qualità di **Amministratore di Sostegno** dell'Ospite Sig./Sig.ra _____
_____ nato/a _____ il _____
C.F. _____ (come da provvedimento in data _____ del giudice tutelare che si allega
in copia), ospite della R.S.A. dal _____

FONDAZIONE OPERA PIA
LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



2

**CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO
NELLA RESIDENZA SANITARIA
ASSISTENZIALE R. S. A.**

Il Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in Via _____ n. ___ tel. _____
C.F. _____ nella sua qualità di **Tutore/Curatore** dell'Ospite Sig./Sig.ra _____
_____ nato/a _____ il _____ C.F. _____
(come da sentenza in data _____ che si allega in copia), ospite della R.S.A. dal _____

Il Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in Via _____ n. ___ tel. _____
C.F. _____ **Fideiussore Obbligato** in solido con questa scrittura (di seguito indicato con Obbligato)
ai sensi degli artt. 1936 e ss. cc., dell'Ospite Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____ ospite della R.S.A. dal _____

Il Comune di _____ (comune di provenienza dell'Ospite) nella persona del **Sindaco/Assessore/Dirigente**
_____ che sottoscrive il presente contratto in favore di _____
Ospite della R.S.A. dal _____ a seguito di provvedimento emesso da (Giunta/Dirigente) in data _____
che si allega alla presente scrittura privata e che ne costituisce a pieno titolo parte integrante. Tel. _____

Altri recapiti di familiari:

cognome e nome _____ grado parentela _____ tel. _____

cognome e nome _____ grado parentela _____ tel. _____

cognome e nome _____ grado parentela _____ tel. _____

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



3

CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE R. S. A.

PREMESSO

- . che la Residenza Sanitaria Assistenziale (di seguito indicata come R.S.A.) Fondazione Opera Luigi Mazza Onlus costituisce un'unità d'offerta socio-sanitaria classificata come Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani, autorizzata al funzionamento per n. 96 posti letto;
- . che la Residenza Sanitaria Assistenziale è una struttura destinata ad accogliere soggetti anziani non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate;
- . che per tutti i cittadini residenti nella provincia di Cremona, l'accesso alla struttura è subordinato al rispetto di una graduatoria regolante gli ingressi in R.S.A., tenuta dagli Uffici di Piano Distrettuali;
- . che per cittadini residenti fuori dalla provincia di Cremona si procede alla chiamata di coloro che hanno fatto richiesta direttamente alla R.S.A. e presentando la documentazione sanitaria assistenziale utile ai fini dell'ingresso;
- . che con la pratica d'ingresso le parti beneficiarie delle prestazioni erogate, acconsentono al trattamento dei dati ivi raccolti, nonché di tutti quelli futuri scaturenti dall'accesso alle prestazioni erogate dall'R.S.A., secondo quanto previsto dall'art. 13 D. Lgs. 196/2003;
- . che le parti hanno ricevuto copia della Carta dei Servizi dell'ente quale parte integrante a tutti gli effetti dell'efficacia del presente contratto, prendendone visione ed accettandone in toto le condizioni ed il tipo di prestazioni descritte, nonché avendo assunto cognizione di tutto ciò che non risulta compreso nella retta;
- . che le parti beneficiarie delle prestazioni erogate sono consapevoli della possibilità spettante all'ente di aggiornare periodicamente le rette di degenza giornaliere previa comunicazione scritta agli interessati;
- . che le parti beneficiarie sono consapevoli che il presente contratto è funzionale all'assegnazione di un posto letto accreditato/autorizzato avente carattere:

PERMANENTE (su posto letto accreditato)	DAL
---	-----

ed accettano altresì che per motivi di ordine sanitario-organizzativo, valutati esclusivamente dalla Direzione Sanitaria dell'Ente, il posto letto attribuito al momento dell'accesso in struttura, potrà essere sostituito da altro.

In tale ipotesi le parti beneficiarie delle prestazioni non potranno opporsi alle decisioni assunte, ma sarà onere della Direzione dell'ente darne tempestiva comunicazione alle persone di riferimento dell'ospite, fatta salva la facoltà di recesso dal presente contratto;

. che l'ingresso non potrà aver corso senza la sottoscrizione del presente atto e senza che le parti abbiano preso cognizione e sottoscritto esplicitamente le cosiddette clausole vessatorie, riproposte in calce al presente contratto.

TUTTO CIO' PREMESSO si stipula quanto segue:

ART. 1 - PREMessa

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

ART. 2 - OBBLIGHI DELL'ENTE

L'ente si obbliga ad erogare assistenza avente natura socio-sanitaria secondo quanto previsto dalla specifica normativa vigente e futura di Regione Lombardia per le R.S.A., dalla Carta dei Servizi e dal Codice Etico dell'ente in vigore, nonché delle successive variazioni ed integrazioni di tutta la documentazione qui richiamata a titolo esemplificativo, che risulti essere approvata dal Consiglio di Amministrazione ed attenga alla gestione dell'ospitalità e dell'offerta dei servizi erogati.

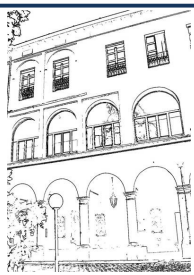
Accanto alla preminente attività di natura socio-sanitaria si elencano le prestazioni che l'ente si impegna a garantire:

- . rispetto dei protocolli assistenziali e delle procedure interne legate alla somministrazione dei servizi;
- . custodia dei beni personali consegnati ed accettati;
- . copertura assicurativa rispetto ad eventuali danni che possano derivare ai beni ricevuti in consegna, previo accertamento di eventuali responsabilità dirette dell'ente;
- . rispetto della privacy;
- . diffusione della Carta dei Servizi;
- . raccolta della Customer Satisfaction almeno una volta l'anno e diffusione dei risultati ottenuti;
- . specificazione attraverso la Carta dei Servizi, e/o attraverso altri mezzi ritenuti idonei, del tipo di prestazioni che non sono incluse nelle rette di degenza in vigore, secondo le decisioni assunte dal Consiglio di Amministrazione;
- . rilascio di certificazioni ai fini fiscali riguardo i servizi che prevedono una compartecipazione al costo da parte dell'utente, entro i tempi annuali utili ai fini della presentazione della dichiarazione dei redditi;
- . rispetto delle norme previste dal cc. in materia contrattualistica relative in particolare alla buona fede e alla correttezza nell'applicazione del presente contratto;

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



4

CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE R. S. A.

. rispetto delle norme in materia di contenzioso riguardo ad eventuali motivi che possano scaturire dall'applicazione del presente contratto.

ART. 3 - RETTA E RELATIVE VARIAZIONI

A fronte delle prestazioni erogate, il/i sottoscrittore/i si impegnano alla corresponsione mensile della retta, come fissata dal Consiglio di Amministrazione, assumendo il ruolo di fideiussori per detto obbligo economico, ai sensi degli artt. 1936 e ss. cod. civ..

In caso di variazione dell'importo della retta, l'ente provvederà nel termine di 15 giorni dall'adozione della relativa delibera, all'informativa al/ai sottoscrittore/i del presente contratto. Nel silenzio degli Obbligati ed entro e non oltre 15 gg. dal ricevimento della relativa comunicazione, il corrispettivo così come variato, si intenderà accettato nel medesimo termine.

ART. 4 - RECESSO

E' consentito il recesso unilaterale dal presente contratto, da parte del/dei sottoscrittore/i. In tal caso la volontà dovrà manifestarsi per iscritto con un preavviso di 10 giorni lavorativi; in caso di non rispetto dei termini l'ente procederà all'addebito della retta per i giorni mancanti, salvo tempestiva occupazione del posto letto. Il recesso si perfezionerà solo con l'avvenuto rilascio della struttura. Fino a quella data gli obbligati sono tenuti al pagamento delle rette deliberate dalla Fondazione.

ART. 5 - AGGIORNAMENTO DATI

Sarà cura del/dei sottoscrittore/i provvedere con puntualità ad aggiornare, in caso di variazione, sia l'anagrafica dell'Ospite che i propri dati (residenza, recapiti telefonici, stato di famiglia, riferimenti bancari, stato di riconoscimento dell'invalidità civile...); in caso di ritardi od omissioni graveranno sul/sui sottoscrittore/i le spese e gli eventuali danni. In caso di decesso del/dei sottoscrittore/i ed in mancanza di altre persone di riferimento note, l'ente farà riferimento al comune di provenienza.

ART. 6 - DECORRENZA / CESSAZIONE

Il contratto decorre dal giorno

Qualora non fosse possibile il ricovero a breve, si può usufruire della tenuta posto letto per i primi tre giorni pagando € 163.50 + € 2,00 di bollo tramite bonifico bancario, dal quarto giorno la tenuta posto è di € 90,00 giornalieri.

Il contratto cesserà per:

- volontà delle parti beneficiarie di recedere dal presente atto, per cui necessita un preavviso scritto di almeno 10 giorni lavorativi o corrisposti in denaro (di cui all'art.4);
- impossibilità da parte dell'ente di erogare le prestazioni oggetto del contratto;
- sopraggiunte condizioni psico-fisiche dell'ospite che non risultino più compatibili con la permanenza in comunità o siano tali da rendere la prosecuzione delle cure incompatibile con i requisiti di appropriatezza del ricovero rispetto a posti letto accreditati;
- inadempimento all'obbligo di pagamento di due mensilità di retta (o della quota di retta a carico dell'utenza), secondo quanto disposto dall'art. 9.

ART. 7 - DEPOSITO CAUZIONALE

Previamente all'ingresso in struttura è richiesto il pagamento di un deposito cauzionale infruttifero (tramite bonifico bancario), pari ad una mensilità di retta (quella in vigore secondo quanto disposto dall'art. 9 del presente contratto), **ovvero € 1690,00 per l'anno 2018.**

In caso di inadempimento nel pagamento delle rette di degenza è consentito all'Ente di trattenere a scopo di garanzia l'intero importo della cauzione versata, salvo il recupero delle maggiori somme a debito. Dopo verifica del pagamento dell'ultima retta, si provvederà alla restituzione del deposito cauzionale infruttifero.

ART. 8 - MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA RETTA

Il pagamento della retta di degenza è dovuto in forma mensile tramite RID (Rapporti Interbancari Diretti), entro il giorno 10 di ogni mese; in caso di insoluto gli obbligati saranno soggetti al pagamento di interessi moratori pari agli interessi legali su base annua, oltre le maggiori spese.

ART. 9 - AMMONTARE DELLA RETTA

Per l'anno 2018 la retta giornaliera ammonta a € 54,50.

Nel computo delle giornate di presenza viene sempre addebitata per intero la retta riferita al giorno d'ingresso.

Per le assenze dovute a ricovero ospedaliero, vacanze o permanenze extra istituzionali autorizzate, la retta verrà addebitata per intero nei primi 20 gg., subirà una riduzione pari al 10% dal 21° giorno al 40° giorno, e, ritornerà ad essere addebitata integralmente dal 41° gg. in poi.

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



5

CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE R. S. A.

ART. 10 – MANCATO PAGAMENTO DELLA RETTA

In caso di mancato tempestivo pagamento della retta (o della quota di essa a carico dell'ospite) entro il termine previsto dall'art. 8, l'ente provvede ad incamerare il deposito cauzionale di cui all'art. 7 e, al contempo, formalizza diffida nei confronti dell'ospite e/o del/i soggetto/i obbligato/i, a mezzo di raccomandata A.R., alla ricostituzione del medesimo deposito entro 15 giorni. Laddove il deposito cauzionale non sia ricostituito nei termini di cui sopra, il presente contratto si intende risolto di diritto ex art. 1456 cod. civ.. Si provvederà, quindi, alle dimissioni assistite dell'Ospite, in accordo con il Comune di riferimento e l'A.S.S.T. di Cremona.

ART. 11 – QUALITÀ DEL SERVIZIO E PAGAMENTO DELLA RETTA

Nel caso in cui la qualità del servizio erogato non dovesse essere ritenuta congrua secondo la valutazione soggettiva espressa dall'ospite e/o degli obbligati in solido, tale condizione anche nel caso in cui venga invocata quale causa di risoluzione per inadempimento, non potrà mai costituire motivo di mancato pagamento della retta dovuta.

ART. 12 – NORME DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia. In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato. Il Consiglio di Amministrazione dell'ente potrà, in ottemperanza alle finalità statutariamente previste ed al fine di tutelare l'interesse dell'intera comunità, disporre con atti e regolamenti, condizioni per lo svolgimento dei servizi a cui obbligatoriamente i fruitori dovranno scrupolosamente attenersi. Qualora le stesse non dovessero essere condivise, le parti potranno recedere dal contratto nei termini previsti dall'art. 6.

ART. 13 – FORO COMPETENTE

La presente scrittura privata è valida a tutti gli effetti civili e di legge. Le parti dichiarano fin da ora che per eventuali controversie la competenza territoriale è del Tribunale di Cremona. L'esperimento di qualsiasi azione giudiziaria in materia di interpretazione ed applicazione del presente contratto è subordinata alla preventiva proposizione di domanda innanzi ad un organo di mediazione civile. Al termine del procedimento stragiudiziale le parti potranno adire agli organi giurisdizionali.

ART. 14 – REGISTRAZIONE

Le parti concordano che la presente scrittura privata sarà sottoposta a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, secondo comma, del D.P.R. 26.10.1972 n. 634 ed a spese del richiedente (comprese le spese per bolli, copie, ecc.).

Letto, confermato e sottoscritto

L'Ospite _____

L'Obbligato/gli Obbligati in solido _____

Il Tutore/ Il Curatore / L'Amm.re di Sostegno _____

Il Legale Rappresentante dell'Ente o suo delegato _____

Le parti prendono atto che le disposizioni di cui agli art. 3-4-5-10-11-12 hanno carattere vessatorio, sono state valutate dai sottoscrittori che le controfirmano per accettazione.

L'Ospite _____

L'Obbligato/gli Obbligati in solido _____

Il Tutore/ Il Curatore / L'Amm.re di Sostegno _____

Il Legale Rappresentante dell'Ente o suo delegato _____

FONDAZIONE OPERA PIA LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



6

CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE R. S. A.

email: simona.callini@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;
- ATS, 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;
- 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 Sinelli Egidio – I Responsabili interni sono: Sig.ra Callini Simona e Dr.ssa Spizzi Maria Bambina.

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;

accosente, 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 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



7

CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE R. S. A.

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 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



8

CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE R. S. A.

INFORMAZIONI UTILI

AL MOMENTO DEL RICOVERO L'OSPITE DEVE POSSEDERE UN CORREDO PERSONALE SUL QUALE DEVE ESSERE CUCITA, IN UN POSTO BEN VISIBILE, UN'ETICHETTA (FORNITA DALL'ENTE) INDICANTE IL COGNOME ED IL NOME DEL RICOVERATO. OGNI RICOVERATO HA A SUA DISPOSIZIONE SOLO UN ARMADIETTO, SI PREGA QUINDI, AL CAMBIO DI STAGIONE, DI AGGIORNARE IL CORREDO.

SAREBBE OPPORTUNO CHE IL CORREDO MINIMO CONTENESSE: (CON VARIAZIONI A SECONDA DEL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA DELL'OSPITE)

- UNA BUSTA PER L'IGIENE PERSONALE CON SPAZZOLINO, DENTIFRICIO, ACQUA DI COLONIA, PETTINE;
- SE IN POSSESSO DI DENTIERA, VASCHETTA DELLA PULIZIA CON FILTRO MOBILE E RELATIVE PASTIGLIE AD OSSIGENO
- MAGLIERIA INTIMA (SI CONSIGLIANO 10 MAGLIETTE DI COTONE E 8 PAIA DI MUTANDE)
- CAMICIE DA NOTTE O PIGIAMI (8)
- CALZE BIANCHE (7)
- GOLFINI (2)
- VESTITI (ALMENO 2 CAMBI)
- TUTE (6)
- VESTAGLIE DA CAMERA (1) SOLO PER LE DONNE
- FAZZOLETTI DI CARTA
- PANTOFOLE E SCARPE (PER CHI DEAMBULA UN PAIO DI PANTOFOLE CHIUSE O UN PAIO DI SCARPE DA GINNASTICA, DA CHIUDERE CON VELCRO, DI UN NUMERO IN PIÙ).

GLI INDUMENTI CHE VENGONO LAVATI IN ISTITUTO NON DEVONO ESSERE DI PURA LANA IN QUANTO RISULTANO DANNEGGIATI SE LAVATI CON LE NOSTRE ATTREZZATURE. DECLINIAMO PERTANTO OGNI RESPONSABILITÀ PER DANNI DOVUTI A TALI INDUMENTI.

VI INVITIAMO A RACCOGLIERE FOTOGRAFIE, OGGETTI E DOCUMENTI SULLA VITA FAMILIARE E PASSATA DEL VOSTRO CARO. IL LORO UTILIZZO È LEGATO ALL'ARREDO DELLO SPAZIO PERSONALE, A FACILITARE IL RICONOSCIMENTO E A MANTENERE IL CONTATTO CON IL NUCLEO FAMILIARE. LA CONSEGNA DI QUESTO MATERIALE PUÒ ESSERE FATTA ALL'ANIMATRICE DI REPARTO, ALLA CAPOSALA.

SEGUONO PICCOLI SUGGERIMENTI: PLAID, IMMAGINI SACRE, FOTO, FIORI, LAVORI DI MAGLIA E UNCINETTO (ANCHE SE NON PIÙ PRATICATI), CARTE DA GIOCO, MUSICASSETTE, CD, DVD, RADIOLINA, PROFUMO, ROSSETTO... IL TUTTO NON ACQUISTATO NUOVO MA GIÀ CONOSCIUTO DAL VOSTRO CARO POICHÉ È PROPRIO IL RICONOSCIMENTO DI UN AMBIENTE FAMILIARE CHE VOGLIAMO RAFFORZARE. EVENTUALI FOTOGRAFIE O DOCUMENTI CARTACEI VERRANNO FOTOCOPIATI E RICONSEGNA TI IN TEMPI BREVI.
GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE.

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE AL MOMENTO DEL RICOVERO
CODICE IBAN PER COMPILAZIONE R.I.D.
ORIGINALE TESSERA SANITARIA
ORIGINALE ESENZIONE TICKET (TESSERINO VERDE/ROSA)
CERTIFICATO DI RESIDENZA IN CARTA SEMPLICE
FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITÀ'
FOTOCOPIA ATTESTATO DI INVALIDITÀ'
TESSERA ELETTORALE

**COORDINATE BANCARIE PER EFFETTUARE I BONIFICI
(DEPOSITO CAUZIONALE ED EVENTUALE TENUTA POSTO LETTO)**
BANCA CREMONESE-CREDITO COOPERATIVO
FIL. DI PIZZIGHETTONE C/C 00000140949
IBAN IT 11 Y 08454 57050 00000140949

FONDAZIONE OPERA PIA
LUIGI MAZZA ONLUS

VIA PORTA SOCCORSO N. 25
26026 PIZZIGHETTONE (CR)
TEL. 0372/745065-743009 FAX 0372/745251

COD.FISC./P.IVA 00277170197
WWW.FONDAZIONEMAZZA.IT



9

**CONTRATTO INDIVIDUALE DI INGRESSO
NELLA RESIDENZA SANITARIA
ASSISTENZIALE R. S. A.**

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.

(timbro e firma del medico)