

Allegato 1

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA **Allegata alla domanda**

- Presentazione della domanda di ammissione (compilare l'allegato "A" - con firma dell'interessato se capace di intendere e volere, del tutore, amministratore o curatore se incapace o soggetto a tutela o curatela) corredata dai seguenti documenti:
- Allegato "B" - attestazione/consenso ai sensi della L. 196/03 e del Reg.UE 2016/679;
- certificato di nascita e Stato di Famiglia (da richiedersi al Comune di residenza);
- relazione sociale, dalla quale emerga la storia personale e familiare del Soggetto, la motivazione per cui si richiede l'inserimento (a cura del Servizio di Assistenza Sociale del Comune); unitamente alla compilazione della scheda sociale riassuntiva (Allegato C)
- copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile (ultima);

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA **All'atto dell' inserimento**

(Da produrre una volta accettata la domanda di inserimento e prima dell'inserimento medesimo)

- distinta e posologia dei farmaci prescritti;
- anamnesi (curriculum patologie);
- certificati inerenti ad eventuali ricoveri o visite specialistiche a disposizione;
- Certificato di identità (Carta Identità),
- 3 fototessere recenti;
- Tessera sanitaria ed eventuale tesserino di esenzione ticket;
- Documento di nomina (se in possesso) da parte del Tribunale di Amministratore/Tutore ecc.;
- Esami clinici in corso di validità;
- Certificato di idoneità alla vita comunitaria.



ALLEGATO "A"
Domanda di inserimento

Spett.le

Amicizia società cooperativa

Sociale ONLUS

Via Cavallotti n. 6

26845 CODOGNO (LO)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente a _____
_____ in (Via, Piazza, ecc.) _____

n. _____ Telefono n. _____ e.mail _____

in qualità di interessato esercente la potestà parentale/tutela/curatela/ Amministratore di sostegno per il
soggetto disabile Sig. _____, nato a _____

il _____ residente a _____ in Via _____

CHIEDE l'ammissione al:

Residenza Sanitaria Disabili RSD AMICIZIA – RSD PRIMAVERA

a tempo indeterminato

a tempo determinato

in pronto intervento programmato dal _____ al _____

motivo _____

RSD FAGGIO ROSSO

Centro Socio Educativo

Centro di Formazione all'Autonomia

Centro Diurno Disabili Amicizia

Centro Diurno Disabili Volo Libero

Casa delle Autonomie: a tempo indeterminato in sollievo per avvicinamento alla residenzialità

Comunità Socio Sanitaria

Appartamento "Casa delle Abilità"

Data

il richiedente



ALLEGATO "B"

Attestazione / Consenso

Spett.le

Amicizia società cooperativa

Sociale ONLUS

Via Cavallotti n. 6

26845 CODOGNO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente a _____
_____ in (Via, Piazza, ecc.) _____
n. _____ Telefono n. _____ e.mail _____ in
qualità di interessato esercente la potestà parentale/tutela/curatela/ Amministratore di sostegno per il
soggetto disabile Sig. _____, nato a _____ il
_____ residente a _____
in Via _____ n. _____

ATTESTA

che gli sono state rese per iscritto le informazioni dovute ai sensi e per gli effetti del Dlgs 196/2003 e del Reg. UE 679/2016 ed **ESPRIME IL CONSENSO RICHIESTO** per il trattamento dei dati qui conferiti da parte Sua, della A.T.S. della Città Metropolitana, del Comune di Residenza, ovvero di altra struttura sanitaria, socio sanitaria e/o assistenziale, per le finalità indicate nella suddetta informativa e per comunicazione a terzi soggetti sopra e di seguito individuati. Esprime il consenso al trattamento dei dati relativi alla domanda di inserimento ed allegati vari, nonché dei dati raccolti, richiesti e/o prodotti in seguito, relativi al ricovero e trattamento terapeutico, ovvero alla domanda di ricovero, di natura anche medico socio psico sanitaria e comportamentale. Esprime altresì il consenso al trattamento dei dati da parte di quelle società od Enti sopra individuati che svolgano attività di supporto, di sorveglianza, di garanzia, o comunque alle quali i dati siano dovuti per motivi di Legge, sanitari o ordine pubblico. Esprime il consenso al trattamento anche di dati definiti "sensibili" ai sensi della normativa in oggetto, trattamento funzionale all'offerta dei servizi richiesti e di natura obbligatoria oltre che contrattuale.

firma

N.B. Il presente documento è composto di tre parti, 1) attestazione di consenso, 2) informativa da firmare e restituire per attestazione di avvenuta consegna, 3) informativa parte da trattenere a cura dell'interessato.



INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs 196/2003 E DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 (parte da Restituire firmata)

La informiamo che:

- ai sensi degli art. 13 D.lgs. 196/03 e 13 Reg. UE 2016/679 i dati da Lei forniti per sé ovvero per il soggetto di cui Ella esercita potestà parentale/tutela/curatela, o acquisiti nel contesto della nostra attività, ovvero acquisiti dietro Sua autorizzazione, potranno costituire oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi di riservatezza ai quali si ispira l'attività dell'Cooperativa;
- ai sensi degli artt. 4 del D.lgs. 196/03 e 4 Reg. UE 2016/679 per trattamento si intende qualunque operazione o insieme di operazioni compiute con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la notificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione o la distruzione.

DATI DI CONTATTO:

Titolare dei dati personali è la Amicizia Società Cooperativa Sociale ONLUS - Via Cavallotti n. 6 - Codogno (LO), nella persona del legale rappresentante pro tempore Sig. Perotti Mario. Il Responsabile della protezione dati è il Sig. Cabrini Fabiano domiciliato presso la sede legale di Amicizia Società Cooperativa Sociale Onlus in Via Felice Cavallotti n.6 Codogno (LO).

I dati sono raccolti c/o di Lei, ovvero c/o la A.T.S Città Metropolitana., Medico di Famiglia, Comune di Residenza ovvero altra struttura sanitaria che può fornire dati necessari al ricovero e alla maggior tutela della sua salute e condizione socio-assistenziale. La raccolta dei dati avviene quale "finalità di rivelante interesse pubblico" ex art. 85 del Codice, in quanto la Struttura è accreditata e convenzionata con il Servizio sanitario Nazionale a mezzo della ATS di pertinenza e pertanto finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e tutela della salute dei soggetti assistiti. La informiamo che i dati da Lei conferiti hanno natura obbligatoria e che il Suo eventuale rifiuto al conferimento a tale autorizzazione al trattamento o alla comunicazione potrà determinare la rescissione del rapporto ovvero l'impossibilità del suo instaurarsi. Le finalità del trattamento cui i Suoi dati potranno venire sottoposti sono relative alle attività specifiche del ns. servizio e possono comprendere: 1) assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali; 2) adempimenti e obblighi di legge; 3) esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario - assistenziale - economico fiscale ecc.), 4) necessità operative e di gestione interna; 5) finalità di tutela della salute; 6) scopi di statistica e di ricerca (con trattamento anonimo); 7) necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli E.R. - Regione - Ministeri competenti; 8) scambio di informazione con altri servizi del comparto socio - sanitario e/o assistenziale(ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio); 9) adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio - sanitario - assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS Città Metropolidata, Regione ecc. Il trattamento dei dati in oggetto sarà eseguito anche mediante l'uso di strumenti automatizzati atti a collegarli secondo categorie, variabili a seconda delle diverse situazioni e necessità, anche a dati riferibili ad altri soggetti. Tale trattamento sarà comunque svolto nel rispetto delle misure minime di sicurezza, facendo uso di mezzi che ne prevenzano il rischio di perdita o distruzione, anche accidentale, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito. La informiamo inoltre che i dati a Lei riferibili potranno venire trasmessi a quei soggetti cui disposizioni di legge danno facoltà di accesso, o a quei soggetti, il trasferimento ai quali si renda necessario al fine dello svolgimento della nostra attività o dell'offerta dei servizi da Lei richiesti (ad es. A.T.S A.SST.; I.D.R. e strutture sanitarie in genere, altri Servizi del territorio ecc.). La nostra società può far eseguire per suo conto i trattamenti di cui sopra (sempre nel rispetto delle suddette misure di sicurezza e riservatezza) da Società o Enti che offrano specifici servizi di elaborazione dati e/o da Società o Enti pubblici e privati la cui attività sia connessa, strumentale o di supporto a quella della ns. società o a quelle relative all'offerta dei servizi a Lei riferiti. L'elenco di tali società o enti, tempestivamente aggiornato, si trova presso la nostra sede ed è a Sua disposizione per la visione. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, potrà esercitare i diritti di cui al D.lgs. 196/03 e Reg. UE 2016/679 e precisamente il diritto di rettifica o cancellazione, di integrazione dei dati incompleti, di limitazione del trattamento; di ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile; di revocare il consenso al trattamento dati in qualsiasi momento; di proporre reclamo all'Autorità garante, nonché di esercitare gli altri diritti a Lei riconosciuti dalla disciplina.

Tali diritti possono essere esercitati scrivendo a: dpo@cooperativa-amicizia.it.

*Eventuali variazioni inerenti il Responsabile e le categorie di soggetti cui è consentito accedere ai "dati" di cui alla presente saranno verificabili, on line, sul sito: **www.cooperativa-amicizia.it***

FIRMA



INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs 196/2003 E DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 (parte DA TRATTENERE)

La informiamo che:

- ai sensi degli art. 13 D.lgs. 196/03 e 13 Reg. UE 2016/679 i dati da Lei forniti per sé ovvero per il soggetto di cui Ella esercita potestà parentale/tutela/curatela, o acquisiti nel contesto della nostra attività, ovvero acquisiti dietro Sua autorizzazione, potranno costituire oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi di riservatezza ai quali si ispira l'attività dell'Cooperativa;
- ai sensi degli artt. 4 del D.lgs. 196/03 e 4 Reg. UE 2016/679 per trattamento si intende qualunque operazione o insieme di operazioni compiute con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la notificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione o la distruzione.

DATI DI CONTATTO:

Titolare dei dati personali è la Amicizia Società Cooperativa Sociale ONLUS - Via Cavallotti n. 6 - Codogno (LO), nella persona del legale rappresentante pro tempore Sig. Perotti Mario. Il Responsabile della protezione dati è il Sig. Cabrini Fabiano domiciliato presso la sede legale di Amicizia Società Cooperativa Sociale Onlus in Via Felice Cavallotti n.6 Codogno (LO).

I dati sono raccolti c/o di Lei, ovvero c/o la A.T.S Città Metropolitana., Medico di Famiglia, Comune di Residenza ovvero altra struttura sanitaria che può fornire dati necessari al ricovero e alla maggior tutela della sua salute e condizione socio-assistenziale. La raccolta dei dati avviene quale "finalità di rivelante interesse pubblico" ex art. 85 del Codice, in quanto la Struttura è accreditata e convenzionata con il Servizio sanitario Nazionale a mezzo della ATS di pertinenza e pertanto finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e tutela della salute dei soggetti assistiti. La informiamo che i dati da Lei conferiti hanno natura obbligatoria e che il Suo eventuale rifiuto al conferimento a tale autorizzazione al trattamento o alla comunicazione potrà determinare la rescissione del rapporto ovvero l'impossibilità del suo instaurarsi. Le finalità del trattamento cui i Suoi dati potranno venire sottoposti sono relative alle attività specifiche del ns. servizio e possono comprendere: 1) assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali; 2) adempimenti e obblighi di legge; 3) esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario - assistenziale - economico fiscale ecc.), 4) necessità operative e di gestione interna; 5) finalità di tutela della salute; 6) scopi di statistica e di ricerca (con trattamento anonimo); 7) necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli E.R. - Regione - Ministeri competenti; 8) scambio di informazione con altri servizi del comparto socio - sanitario e/o assistenziale(ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio); 9) adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio - sanitario - assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS Città Metropolidata, Regione ecc. Il trattamento dei dati in oggetto sarà eseguito anche mediante l'uso di strumenti automatizzati atti a collegarli secondo categorie, variabili a seconda delle diverse situazioni e necessità, anche a dati riferibili ad altri soggetti. Tale trattamento sarà comunque svolto nel rispetto delle misure minime di sicurezza, facendo uso di mezzi che ne prevengano il rischio di perdita o distruzione, anche accidentale, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito. La informiamo inoltre che i dati a Lei riferibili potranno venire trasmessi a quei soggetti cui disposizioni di legge danno facoltà di accesso, o a quei soggetti, il trasferimento ai quali si renda necessario al fine dello svolgimento della nostra attività o dell'offerta dei servizi da Lei richiesti (ad es. A.T.S A.SST.; I.D.R. e strutture sanitarie in genere, altri Servizi del territorio ecc.). La nostra società può far eseguire per suo conto i trattamenti di cui sopra (sempre nel rispetto delle suddette misure di sicurezza e riservatezza) da Società o Enti che offrano specifici servizi di elaborazione dati e/o da Società o Enti pubblici e privati la cui attività sia connessa, strumentale o di supporto a quella della ns. società o a quelle relative all'offerta dei servizi a Lei riferiti. L'elenco di tali società o enti, tempestivamente aggiornato, si trova presso la nostra sede ed è a Sua disposizione per la visione. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, potrà esercitare i diritti di cui al D.lgs. 196/03 e Reg. UE 2016/679 e precisamente il diritto di rettifica o cancellazione, di integrazione dei dati incompleti, di limitazione del trattamento; di ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile; di revocare il consenso al trattamento dati in qualsiasi momento; di proporre reclamo all'Autorità garante, nonché di esercitare gli altri diritti a Lei riconosciuti dalla disciplina.

Tali diritti possono essere esercitati scrivendo a: dpo@cooperativa-amicizia.it.

Eventuali variazioni inerenti il Responsabile e le categorie di soggetti cui è consentito accedere ai "dati" di cui alla presente saranno verificabili, on line, sul sito: www.cooperativa-amicizia.it



Autorizzazioni

Spett.le

Amicizia società cooperativa

Sociale ONLUS

Via Cavallotti n. 6

26845 CODOGNO (LO)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente a _____
in (Via, Piazza, ecc.) _____

n. _____ Telefono n. _____ e.mail _____

in qualità di interessato esercente la potestà parentale/tutela/curatela/ Amministratore di sostegno per il
soggetto disabile Sig. _____, nato a _____

il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

Con la presente, a tutti gli effetti di legge:

AUTORIZZO

*a rendere note al pubblico eventuali immagini fotografiche e/o televisive del medesimo nell'ambito di iniziative volte ad illustrare l'attività della Cooperativa;

*a far partecipare il medesimo alle terapie riabilitative ritenute idonee al soggetto (quali ad es. ippoterapia, attività natatoria, ecc.);

*a far partecipare il medesimo ad attività sia interne che esterne organizzate dalla Cooperativa, anche mediante trasporto automobilistico, mezzo di velocipede (bicicletta), ovvero con mezzi pubblici

*Per quanto sopra, con la presente sollevo formalmente questa Cooperativa da qualsiasi onere di responsabilità civile e penale per danni a sé, persone, animali o cose, dovuti a comportamenti anomali dipendenti dalla disabilità del suddetto utente.

Data _____

Firma _____



ALLEGATO "C" Scheda sociale

Data: _____ Firma operatore _____

Cognome e Nome: _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ Via _____ Tel _____

composizione dell'attuale nucleo familiare:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Professione	Problemi

NOTE: _____

Se il soggetto non vive in famiglia:

comunità _____ dal: _____

istituto _____ dal: _____

altro _____ dal: _____

Figure di riferimento: _____



DESCRIZIONE DEL SOGGETTO

Sesso: Maschio Femmina Età (anni compiuti): _____

Tipo di disabilità rilevata _____

Grado di invalidità riconosciuto: _____

Eventuali provvidenze economiche:

- Assegno mensile di assistenza (dal 74% al 100%)
 Pensione di invalidità (100%)
 Indennità di accompagnamento

Se minore di età:

- indennità di frequenza indennità di accompagnamento

Autonomia del Soggetto:

Deambulazione

- Allettato Utilizzo di ausili per la deambulazione se sì quale _____
 Cammina con aiuto Cammina da solo

Alimentazione

- Deve essere alimentato Mangia con aiuto Mangia senza aiuto

Igiene personale

- Non è in grado di lavarsi Necessita di aiuto Si lava da solo

Presenta problemi di incontinenza

- No A volte Sempre

Presenta problemi di controllo degli sfinteri

- No A volte Sempre

Comunicazione

- Non si esprime Comprende solo ordini semplici Si esprime con difficoltà
 Non comprende ordini semplici Parla Legge Comprende i discorsi
 scrive Note: _____



Servizi Socio Sanitari:

Il Soggetto è attualmente in carico a qualche servizio? Sì No

Se sì Quale: _____

Da quali figure professionali è seguito? _____

Frequenta luoghi di ritrovo - strutture socio educative o ricreative? Sì No

Se sì indicare quali: _____

Il soggetto manifesta episodi di aggressività nei confronti di:

Cose Spesso A volte

Persone Spesso A volte

NOTE: _____

