

**DOCUMENTAZIONE RICHIESTA  
allegata alla domanda**

- Presentazione della (A) domanda di ammissione (compilare l'**allegato "1"** - 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.
- Se presente, 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**).
- Ultima copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile
- distinta e posologia dei farmaci prescritti;
- certificati inerenti ad eventuali ricoveri o visite specialistiche/esami clinici a disposizione;
- carta di identità;
- tessera sanitaria;
- eventuale tesserino di esenzione ticket;
- documento di nomina (se in possesso) da parte del Tribunale di Amministratore/Tutore ecc.

**ALLEGATO "1"**  
**A-Domanda di inserimento**

Spett.le  
**Amicizia società cooperativa**  
**Sociale**

Via Cavallotti n. 6  
26845 CODOGNO (LO)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 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/Piazza \_\_\_\_\_

**CHIEDE** l'ammissione a:

- Residenza Sanitaria Disabili RSD Amicizia**  a tempo indeterminato  in sollievo  per avvicinamento alla residenzialità
- RSD Primavera**
- RSD Faggio Rosso**
- Centro Socio Educativo Amicizia**
- Centro Socio Educativo Giovani Idee**
- Servizio 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"**  a tempo indeterminato  in sollievo  per avvicinamento alla residenzialità
- Progetto Appartamenti in centro**
- Progetto Fiordaliso**

Data

Il richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato B**

Spett.le  
**Amicizia società cooperativa  
Sociale**  
Via Cavallotti n. 6  
26845 CODOGNO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  per sé stesso  ovvero per sé stesso e per il soggetto di cui è esercente la potestà  
parentale/tutela/curatela, 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 - Via Cavallotti n. 6 - Codogno (LO), nella persona del legale rappresentante pro tempore Sig. Marco Landi. Il Responsabile della protezione dati è il Sig. Cabrini Fabiano domiciliato presso la sede legale di Amicizia Società Cooperativa Sociale 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 Metropolitana, 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 prevenivano 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](mailto: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](http://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 - Via Cavallotti n. 6 - Codogno (LO), nella persona del legale rappresentante pro tempore Sig. Landi Marco. Il Responsabile della protezione dati è il Sig. Cabrini Fabiano domiciliato presso la sede legale di Amicizia Società Cooperativa Sociale 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, 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 prevenano 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. Città Metropolitana, ASST.; 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](mailto: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](http://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 previste dal programma individualizzato ritenute idonee per il soggetto;
- 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: \_\_\_\_\_

**composizione dell'attuale nucleo familiare:**

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>	<b>Professione</b>	<b>Note da segnalare</b>

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Specificare dove vive il soggetto, se non vive in famiglia:*

- comunità \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- istituto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Se non vive in famiglia, chi sono le figure di riferimento (nome e cognome) ? \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Neuropsichiatra / Psichiatra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ sede  
\_\_\_\_\_

Assistente sociale (nome e cognome) \_\_\_\_\_

## **DESCRIZIONE DEL SOGGETTO**

**Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_

**Sesso:**     Maschio     Femmina

**Data di nascita:** \_\_\_\_\_

**Diagnosi** \_\_\_\_\_

**Grado di invalidità riconosciuto:** \_\_\_\_\_

### **Eventuali provvidenze economiche:**

- Assegno mensile di assistenza (dal 74% al 100%)  
 Pensione di invalidità (100%)  
 Indennità di accompagnamento  
 Legge 104

### **Se minore di età:**

- indennità di frequenza       indennità di accompagnamento

### **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

### **Particolari esigenze alimentari (allergie, intolleranze, consistenza del cibo, selettività alimentare...)**

### **Igiene personale**

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

### **Presenta problemi di incontinenza urinaria**

- No       A volte       Sempre

### **Presenta problemi di controllo degli sfinteri**

- No       A volte       Sempre

### **Comunicazione**

- Utilizza il linguaggio verbale in modo comprensibile     Utilizza alcune parole del linguaggio verbale  
 Non utilizza il linguaggio verbale     Comprende ordini verbali semplici     Comprende discorsi/conversazioni verbali  
 Non comprende ordini verbali semplici     Utilizza supporti per la comunicazione (es. immagini)  
 Legge     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:**

- Oggetti/ambiente       Spesso       A volte       Raramente       Mai  
Persone       Spesso       A volte       Raramente       Mai

NOTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_