

## Centro di cure per l'Alzheimer Modulo di richiesta attivazione del servizio

Richiesta di presa in carico per:  Assistenza domiciliare\*  Centro Diurno

***\*Si informano i richiedenti che l'assistenza domiciliare può essere attivata solo per i residenti nei municipi XI e XII all'interno del G.R.A.***

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Referente familiare \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Diagnosi di tipo** \_\_\_\_\_

**Certificazione di malattia rilasciata da** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Deficit cognitivo:**  lieve (MMSE=21-26)  moderata (MMSE=11-20)  grave (MMSE<10)

**Disturbi del comportamento** SI  NO  Specificare \_\_\_\_\_

**Disturbi dell'umore** SI  NO

**Presenza di altre patologie:**

- Cardiovascolari SI  NO

- Respiratorie SI  NO

- Dismetaboliche SI  NO

- Muscoloscheletriche SI  NO

- Neoplastiche SI  NO

- Psichiatriche SI  NO

**Valutazione funzionale:**

- Disturbi del linguaggio SI  NO

- Deambulazione Autonoma  Con aiuto  Con ausili

- Disturbi neurologici SI  NO

Se sì quali \_\_\_\_\_

Disturbi della deglutizione SI  NO

- Incontinenza                      Urinaria                       Doppia
- Disturbi visivi                      SI                       NO
- Disturbi uditivi                      SI                       NO
- Nutrizione autonoma                      SI                       NO  Specificare \_\_\_\_\_

**Altri aspetti da segnalare** (stomia, ulcere, CVC, CV) \_\_\_\_\_

**Terapia in atto e posologia:**

---

---

---

---

**Medico richiedente:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro \_\_\_\_\_

Gentile Signore/Signora, **Fondazione Sanità e Ricerca** (a seguire Fondazione), in qualità di Titolare del trattamento dei dati, La fornisce la presente informativa è elaborata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale UE sulla protezione dei dati personali 2016/679 (RGPD).

**Finalità, base giuridica, categoria dati:** i dati personali necessari alla gestione della Sua richiesta sono di natura anagrafica, sanitaria, clinica, socio-sanitaria, socio-economica, familiare, amministrativa, dati di contatto (assistito e caregiver/familiari) informazioni circa il tutore, rappresentante legale, curatore e ogni ulteriore informazione necessaria alla gestione della pratica. I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità in funzione dei servizi richiesti:

- a) gestione dell'iter di richiesta di presa in carico presso la nostra struttura per assistenza sanitaria in regime di ricovero o in assistenza domiciliare;
- b) prestazione di servizi socio sanitari per l'assistenza alle persone affette da malattia di Alzheimer e altre demenze;
- c) ogni altra finalità amministrativa strettamente connessa e strumentale alla gestione della richiesta;

**Destinatari:** I dati personali sono trattati dal medico di medicina generale e/o dal medico curante, dalla ASL, dall'autorità di pubblica sicurezza nei casi di esplicita richiesta.

La Fondazione tiene un elenco aggiornato dei soggetti destinatari presso l'ufficio qualità e privacy. Possono accedere ai dati i soggetti interni e/o esterni alla struttura in qualità di persone autorizzate dal Titolare per i compiti loro attribuiti. Può rivolgersi alla scrivente per ottenere informazioni aggiornate sulla comunicazione dei dati.

**Modalità di trattamento:** i dati sono trattati a garanzia della riservatezza, nei modi previsti dalla legge di riferimento, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Il trattamento avviene in forma cartacea e informatizzata.

**Trasferimento paesi terzi:** I dati personali forniti e trattati, non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi, all'interno o all'esterno dell'Unione Europea.

**Tempi conservazione dati:** I dati sono trattati per il tempo necessario alla valutazione della richiesta di accesso e conservati nel rispetto della normativa di settore, del principio di proporzionalità e nei limiti necessari al raggiungimento delle finalità descritte. Qualora la valutazione abbia esito positivo, i dati saranno utilizzati per la gestione della pratica di ingresso, qualora abbia esito negativo, i dati saranno conservati per il tempo limitato alla gestione amministrativa, archiviazione e successivamente distrutti.

**Conseguenze rifiuto al conferimento dei dati:** è nostro dovere informarla che il conferimento è indispensabile per la valutazione e gestione della richiesta di presa in carico. Il rifiuto al conferimento dei dati, comporta l'impossibilità per la Fondazione di valutare e gestire la Sua richiesta. Le chiediamo, quindi, specifica consenso al trattamento.

**Diritti dell'interessato:** In ogni momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 e ss. del GDPR 2016/679. Potrà chiedere l'accesso ai dati, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento; potrà opporsi al trattamento nei limiti normativi. Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento ed esercitare i Suoi diritti inviando la richiesta all'indirizzo e.mail [privacy@fondazione.sr.it](mailto:privacy@fondazione.sr.it). Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo per la protezione dei dati personali.

**Titolare del Trattamento:** **Fondazione Sanità e Ricerca** con sede in Roma Via A. Poerio n. 100. Per contattare il titolare: Tel. 06588991 - [privacy@fondazione.sr.it](mailto:privacy@fondazione.sr.it).

**Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD):** Maurizio Belli dell'Associazione Università del Lavoro. È possibile contattare il RPD rivolgendosi richiesta al Titolare del trattamento ai recapiti sopra indicati o scrivendo all'indirizzo e-mail: [dpo\\_fsr@unilavoro.org](mailto:dpo_fsr@unilavoro.org)

Roma, \_\_\_\_\_

**IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO - Fondazione Sanità e Ricerca**

Il paziente o un Suo familiare (delegato/autorizzato)  **acconsente**                       **non acconsente**  
al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, come indicato nell'informativa completa.

Data, \_\_\_\_\_ **Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci** \_\_\_\_\_