

## DOMANDA DI AMMISSIONE IN CENTRO DIURNO INTEGRATO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO e DATA di NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

STATO CIVILE ☐ CONIUGATO / A  
☐ NUBILE / CELIBE  
☐ VEDOVO / A  
☐ SEPARATO / DIVORZIATO

|                                        | SI                       | NO                       | PARZ                     |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DEAMBULAZIONE AUTONOMA                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VESTIZIONE AUTONOMA                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| UTILIZZO AUTONOMO DEI SERVIZI IGIENICI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CONTINENZA                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AUTONOMIA NEL MANGIARE                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                      | GRAVE                    | NO                       | LIEVE                    |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| IPOACUSIA                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IPOVISUS                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ETEROAGGRESSIVITÀ                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NEVROSI (spec. ansiosa o depressiva) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TENDENZA ALLA FUGA                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IN CURA PRESSO CENTRI SPECIALISTICI PER DEMENZE O PRESIDII PSICHIATRICI

PRECEDENTEMENTE

☐ SI ☐ NO

ATTUALMENTE

☐ SI ☐ NO

(se SI, specificare: ☐ U. V. A. ☐ C. P. S. ☐ ALTRO)

### EMERGENZA COVID-19

Ha contratto l'infezione da COVID-19? ☐ SI ☐ NO Se sì, quando? \_\_\_\_\_

È vaccinato? ☐ SI ☐ NO Se sì con quale vaccino? ☐ PFIZER

☐ MODERNA

Data 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ Data 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ ☐ ASTRA ZENECA

Data 2<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ Data 4<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**IL MELO ONLUS - Società Cooperativa Sociale**

via Magenta n.3, 21013 Gallarate (VA) - Tel. 0331.776.083 - Fax 0331775.112 - E.mail: info@melo.it - www.melo.it  
 Cod. Fiscale: 91002590122 - Par. Iva: 01564890125 - R.E.A. Varese n. 160074 - Albo Naz. Cooperative Sociali n. A157191

ATTUALMENTE IL PZ VIVE ☐ SOLO  
☐ IN FAMIGLIA  
☐ RICOVERATO IN ISTITUTO O OSPEDALE  
(specificare \_\_\_\_\_)

LA RICHIESTA È STATA FORMULATA ☐ DAL DIRETTO INTERESSATO  
☐ DA UN FAMILIARE (spec. \_\_\_\_\_)  
☐ DAL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE

ESTREMI DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

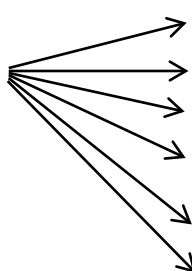
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LA DOMANDA È FORMULATA ☐ DIRETTAMENTE PER IL CENTRO DIURNO  
☐ ORIGINARIAMENTE PER R. S. A. O C.D.R.

RICHiesto RICOVERO ☐ TEMPORANEO  
☐ A TEMPO INDETERMINATO

MOTIVO PRINCIPALE  
DEL RICOVERO



- ☐ CONVALESCENZA E/O RIABILITAZIONE
- ☐ SOCIALIZZAZIONE
- ☐ INSUFFICIENTE ASSISTENZA FAMILIARE
- ☐ INSUFFICIENTE AUTOGESTIONE DEL SINGLE  
(☐ dedotto dell'operatore, ☐ espressamente richiesta)
- ☐ SOLLIEVO TEMPORANEO PER IL CARE-GIVER
- ☐ ASSESTAMENTO TERAPIA FARMACOLOGICA

FREQUENZA ☐ lun ☐ mar ☐ mer ☐ gio ☐ ven  
☐ con cena da asporto

BREVE ANAMNESI FORNITA DAL FAMILIARE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POSIZIONE PROFESSIONALE \_\_\_\_\_ TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

SITUAZIONE PENSIONISTICA \_\_\_\_\_ PERCEPISCE ASS. ACCOMP. \_\_\_\_\_

TRASPORTO ☐ SI (specificare \_\_\_\_\_) ☐ NO

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto la Carta dei Servizi del Centro Diurno Integrato

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

PROFILO SANITARIO SIG./RA \_\_\_\_\_

Peso kg \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

## CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE

### NUTRIZIONE

- ☐ Sovrappeso
- ☐ Malnutrizione
- ☐ Deperimento organico
- ☐ Cachessia neoplastica

### EVACUAZIONE

- ☐ Incontinenza urinaria
- ☐ Incontinenza fecale
- ☐ Stipsi/diarrea

### PROFILO METABOLICO

- ☐ Intolleranza glicidica
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Iperuricemia
- ☐ Ipoproteinemia
- ☐ Uremia
- ☐ Alterazioni elettrolitiche

### DIPENDENZE

- ☐ Potus
- ☐ Tabagismo
- ☐ Bulimia/Anoressia
- ☐ Farmacodipendenza

### SONNO

- ☐ Insonnia non trattata
- ☐ Ipnoinduzione

### MOVIMENTO

- ☐ Sindrome ipocinetica
- ☐ Allettamento
- ☐ Deficit neuromotori
- ☐ Limitazioni apparato locomotore
- ☐ Limitazioni cardiorespiratorie
- ☐ Protesi e ausili

### SENSORIALITÀ

- ☐ Ipovisione
- ☐ Ipoacusia

### CUTE

- ☐ Ulcere trofiche
- ☐ Infezioni
- ☐ Parassitosi

### PROFILO PSICOSOCIALE

- ☐ Nevrosi d'ansia
- ☐ Depressione
- ☐ Demenza
- ☐ Psicosi
- ☐ Epilessia
- ☐ TS
- ☐ Asocialità

### VACCINO COVID

- ☐ Sì ☐ No

Se No, ci sono controindicazioni?

ALLERGIE \_\_\_\_\_ INTOLLERANZE \_\_\_\_\_

## TERAPIE IN ATTO

OSSIGENOTERAPIA ☐ continuativa ☐ di supporto ☐ O<sub>2</sub> liquido portatile

MEDICAZIONI ☐ continuative ☐ occasionali

ASSISTENZA INFERMIERISTICA ☐ continuativa ☐ occasionale

MEDICO CURANTE

dott. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_



## NOTE ANAMNESTICHE

in caso di affezioni pregresse o in atto, darne succinto resoconto

Affezioni cardiovascolari ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Affezioni respiratorie ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Affezioni dell'apparato digerente ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Affezioni dell'apparato urogenitale ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Affezioni del sistema nervoso centrale ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Diagnosi accertata di Morbo di Alzheimer rilasciata da \_\_\_\_\_

Patologie del sistema nervoso periferico ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Esiti neuromotori ☐ No ☐ Pregressi ☐ In atto \_\_\_\_\_

Patologie muscolo-scheletriche ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Limitazioni funzionali mioosteoarticolari ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Malattie endocrino-metaboliche ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

Deficit sensoriali ☐ No ☐ Pregressi ☐ In atto \_\_\_\_\_

Patologie di altri apparati ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto \_\_\_\_\_

COMPENSO CLINICO ☐ stabilizzato ☐ precario

ULTIMO PROFILO EMATOCHIMICO DISPONIBILE IN DATA \_\_\_\_\_

ULTIMO EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO IN DATA \_\_\_\_\_

EVENTUALI CENTRI E/O SERVIZI CLINICI DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_

## INDICAZIONI CLINICHE E SUGGERIMENTI DEL MEDICO CURANTE

compilato in data \_\_\_\_\_ dal Dott. (timbro e firma) \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>IL MELO Onlus</b><br><b>Gallarate</b><br><br>società cooperativa sociale | <b>Nota informativa sul trattamento dei dati<br/>         personali per SERVIZI RESIDENZIALI E<br/>         SEMIRESIDENZIALI ai sensi del Regolamento<br/>         UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e<br/>         s.m.i.</b> | Pag. 1 di 4                                                             |
|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        | Informativa Servizi<br>Residenziali e<br>Semiresidenziali<br><br>Rev. 1 |

| Redatta da                                      |                                                                                                     | Data                                                | Approvazione (a seguito di verifica del DPO)    |                                                   | Data       |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------|
| <b>Titolare del Trattamento</b><br>Rita Nichele |                                                                                                     | 26/06/2018                                          | <b>Titolare del Trattamento</b><br>Rita Nichele |                                                   | 26/06/2018 |
| N°                                              | Descrizione modifica                                                                                | Redatta da                                          | Data                                            | Approvazione (a seguito di verifica del DPO)      | Data       |
| 1                                               | Variazione Legale Rappresentante; Specifiche ulteriori sulle tempistiche di conservazione dei dati. | <b>Coordinatore Amministrativo</b><br>Matteo Marcon | 14/10/2024                                      | <b>Titolare del Trattamento</b><br>Daniela Foglia | 14/10/2024 |

Il **Titolare del Trattamento** è **IL MELO ONLUS Società Cooperativa Sociale**, con sede in Via Magenta 3 GALLARATE VA, P. Iva 01564890125 (di seguito definito “il Titolare”), in persona del legale rappresentante sig.ra Daniela Foglia.

Il **Responsabile della Protezione dei Dati personali (DPO)** è Siges S.r.l, Via Ferrari 21 – 21047 Saronno.

**Trattamento.** I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016. I dati forniti dall’Utente (di seguito definito “l’Interessato”) saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell’Interessato. Il trattamento dei dati personali dell’Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette.

#### Obblighi contrattuali e obblighi legali

I dati dell’interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:

- 1) Obblighi contrattuali, compresa la comunicazione a istituti bancari e simili, per le attività di riscossione dei pagamenti e per altre attività collegate agli adempimenti contrattuali;
  - 2) Obblighi legali, come la fatturazione, tenuta di scritture contabili obbligatorie e registrazioni, comunicazioni alle autorità richiedenti tra cui il sistema TS (Tessera Sanitaria) per la comunicazione delle spese sanitarie per il 730 precompilato.
  - 3) Altri servizi connessi alla permanenza presso la struttura (es: servizi di segreteria, consegna corrispondenza, prenotazione di servizi).
- I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la conclusione del contratto ed il mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità per l’Interessato di accedere ai servizi de Il Melo Onlus. Per il trattamento dei dati personali di cui sopra non è richiesto il consenso dell’interessato (art. 6 comma 1, lettera b) e c) del Regolamento).

Sulla base dell’art. 9 comma 2 lett. h del Regolamento non è altresì richiesto il consenso dell’Interessato per il trattamento dei dati particolari (sensibili) poiché necessari per la permanenza in struttura dell’Ospite (con finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria, per la gestione di sistemi e servizi sanitari, per eventuale raccolta di immagini utili all’osservazione sanitaria).

Nell’assolvimento degli obblighi di legge è prevista la trasmissione alla Regione Lombardia, per mezzo dell’ATS INSUBRIA, dei dati personali, anche sensibili gestiti per tutto il corso della permanenza dell’utente presso IL MELO. ATS INSUBRIA e IL MELO ONLUS hanno sottoscritto un contratto improntato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza per la gestione dei dati personali e sensibili degli utenti.



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>Nota informativa sul trattamento dei dati personali per SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.</b></p> | <p align="center">Pag. 2 di 4</p> <p align="center"><b>Informativa Servizi Residenziali e Semiresidenziali</b></p> <p align="center"><b>Rev. 1</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **Ulteriori servizi non inclusi negli obblighi contrattuali e legali**

Sulla base dell'art. 6, comma 1, lett. a) e dell'art. 9, comma 2, lett. a) del GDPR, è richiesto un esplicito consenso per servizi ulteriori, quali:

- 1) la comunicazione a terzi della presenza dell'utente in struttura per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a indirizzate all'Interessato;
- 2) la comunicazione a terzi dello stato di salute dell'Utente;
- 3) la riproduzione di immagini e/o fotografie dell'ospite durante lo svolgimento della vita sociale della struttura IL MELO (es: feste, eventi pubblici, momenti di attività ricreative-animative);

#### **Conservazione**

I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all'Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell'Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge.

I fascicoli sanitari, unitamente ai relativi referti, sono conservati illimitatamente, in quanto rappresentativi di un atto ufficiale (cfr. Circolari del Ministero della Sanità nr. 61 del 1986 e nr. 900 del 1996).

I dati amministrativi sono conservati fino a dieci anni dalla dimissione del paziente.

#### **Diffusione e comunicazione**

I dati dell'Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell'Interessato stesso.

#### **Responsabili del trattamento**

Nell'ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni. Tali soggetti sono chiamati **responsabili del trattamento** e possono essere fornitori, consulenti tecnici, altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l'Interessato. Rientrano tra tali soggetti coloro che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all'attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, assicurazioni, enti pubblici che posso eseguire ispezioni o verifiche. L'Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sottoindicato.

#### **Trasferimento all'interno dell'Unione Europea ed extra UE**

I dati potranno essere trasferiti all'interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

#### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In ogni momento potrà esercitare i Diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento 679/2016, qui sotto elencati, ferma restando la possibilità di adire l'Autorità giudiziaria:

- **Diritto di accesso** (art. 15 GDPR): diritto dell'Interessato ad ottenere dal Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati;
- **Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo** (art. 15 l. f) GDPR);
- **Diritto di rettifica** (art. 16 GDPR): diritto dell'interessato ad ottenere dal Titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano, senza ingiustificato ritardo. Se i dati forniti sono incompleti, possono essere integrati dall'Interessato tramite una dichiarazione integrativa;
- **Diritto alla cancellazione** (diritto all'oblio) (art. 17 GDPR): l'Interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo. In questo caso sul Titolare graverà il conseguente obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo tali dati;
- **Diritto alla limitazione di trattamento** (art. 18 GDPR): diritto dell'Interessato di ottenere una limitazione del trattamento in talune ipotesi; l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali; il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati, chiedendone invece la limitazione; i dati personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in una sede giudiziaria; l'interessato si è opposto al trattamento, in attesa della verifica della prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- **Obbligo di notifica** (art. 19 GDPR): il Titolare del trattamento comunica a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>IL MELO Onlus</b><br/>Gallarate</p>  | <p align="center"><b>Nota informativa sul trattamento dei dati<br/>personali per SERVIZI RESIDENZIALI E<br/>SEMIRESIDENZIALI ai sensi del Regolamento<br/>UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e<br/>s.m.i.</b></p> | <p align="center">Pag. 3 di 4</p> <p align="center"><b>Informativa Servizi<br/>Residenziali e<br/>Semiresidenziali</b></p> <p align="center"><b>Rev. 1</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

i dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma degli artt. 16; 17; 18;

- **Diritto alla portabilità dei dati** (art. 20 GDPR): l'Interessato ha diritto di ricevere i dati personali che lo riguardano forniti al Titolare e ha il diritto di trasmettere tali dati ad altro titolare di trattamento senza impedimenti da parte del Titolare nei casi in cui: a) il trattamento si basi sul consenso ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera a), o dell'art. 9, paragrafo 2, lettera a), o su un contratto ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera b); il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati;
- **Diritto all'opposizione** (art. 21 GDPR): diritto dell'Interessato di opporsi al trattamento dei suoi dati personali;
- **Profilazione** (art. 22 GDPR): l'Interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione o che incida significativamente sulla sua persona.

#### Contatti

I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti: Tel.: 0331/776083 – e-mail: [urp@melo.it](mailto:urp@melo.it)

Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): e-mail [dpol@sigesgroup.it](mailto:dpol@sigesgroup.it) – tel. 02/967181

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>Nota informativa sul trattamento dei dati personali per SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.</b></p> | <p align="center">Pag. 4 di 4</p> <p align="center"><b>Informativa Servizi Residenziali e Semiresidenziali</b></p> <p align="center"><b>Rev. 1</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento EU 2016/679) relativa a**

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
in qualità di ☐ Interessato ☐ Familiare ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di Sostegno dell'ospite:

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione:

**AUTORIZZA** a comunicare a terzi la presenza presso la struttura IL MELO per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a me indirizzate

☐ SI ☐ NO

**AUTORIZZA** a comunicare alle sottoindicate persone i dati particolari (sensibili) relativi al mio stato di salute

☐ SI ☐ NO

|         | COGNOME e NOME | SI / NO                                                 | RECAPITO TELEFONICO |
|---------|----------------|---------------------------------------------------------|---------------------|
| CONIUGE |                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                     |
| FIGLI   |                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                     |
| ALTRI   |                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                     |
| ALTRI   |                | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                     |

**AUTORIZZA** a esporre o pubblicare, presso la struttura o sul sito internet, opuscoli, manifesti, newsletter, foto o filmati rappresentanti la propria persona scattate nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite

☐ SI ☐ NO

Il termine di conservazione di tali dati coincide con il periodo di permanenza presso la struttura cessato il quale, a meno di obblighi di conservazione di legge, i dati verranno distrutti.

Luogo, data

Firma

.....

**In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il familiare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.**

**In caso di soggetto fisicamente impossibilitato alla firma ma capace di intendere e di volere, il familiare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante**

Io sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_,

in relazione alla condizione di ☐ analfabetismo ☐ impedimento fisico del paziente sopra indicato,

dichiaro di aver assistito alla consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte del paziente

☐ mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma ☐ in forma orale

Data.....

Firma .....



## **DOCUMENTI NECESSARI PER RICOVERO IN CENTRO DIURNO INTEGRATO O PROTETTO**

- Fotocopia **FRONTE e RETRO** nuova TESSERA SANITARIA (Carta Regionale dei Servizi)
- Fotocopie TESSERINI per ESENZIONE TICKET (per reddito, patologia, invalidità civile, ecc.)
- Fotocopia Verbale riconoscimento Invalidità Civile (modulo Regione Lombardia), se in possesso
- Fotocopia eventuali valutazioni neurologiche
- Fotocopia CODICE FISCALE
- Fotocopia CARTA IDENTITA'
- Due foto tessera dell'Ospite

### INDICARE INOLTRE (dati richiesti dalla Regione Lombardia):

- La persona per la quale si compila la domanda di ricovero percepisce o è in lista di attesa per il **VOUCHER SANITARIO** o il **BUONO SOCIALE**?  
\_\_\_\_\_
- Percepisce assegno di accompagnamento? \_\_\_\_\_
- Se non già riconosciuta, è stata presentata domanda per il riconoscimento dell'Invalidità Civile? \_\_\_\_\_
- E' attualmente assistito a domicilio dal servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), fornita dalla A.S.L.? \_\_\_\_\_
- Titolare di: Nessuna pensione \_\_\_\_\_  
Pensione anzianità / vecchiaia \_\_\_\_\_  
Sociale \_\_\_\_\_  
Reversibilità \_\_\_\_\_  
Invalidità (se minore di 65 anni) \_\_\_\_\_  
Altre (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.) \_\_\_\_\_

### **MATERIALE / CORREDO (Da fornire all'ingresso in CDI)**

Farmaci in terapia durante le ore di presenza presso Centro Diurno  
Pannoloni, cateteri, ecc. sufficienti per le ore di presenza presso Centro Diurno  
Compatibilmente con le condizioni psico-fisiche del degente, si consiglia di portare un cambio biancheria completo