



**ISTUTI RIUNITI DI ASSISTENZA SOCIALE ROMA CAPITALE**

**Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza**

*DGR 2 novembre 2012 n. 527*

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA CASA DI RIPOSO S. EUFEMIA**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammessa nella Casa di Riposo S. Eufemia di codesti **Istituti Riuniti Assistenza Sociale “Roma Capitale”**.

**SI IMPEGNA**

- 1) a corrispondere la retta mensile entro il giorno 7 di ciascun mese essendo informata e consapevole dell'attuale ammontare della retta e dei servizi che la stessa comprende;
- 2) a corrispondere i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni) delle rette eventualmente deliberati dall'Amministrazione e/o disposti dal competente Municipio, durante tutto il periodo di permanenza in Casa di Riposo;
- 3) ad accettare le disposizioni operative proprie della vita comunitaria e quanto previsto dal Regolamento della Casa di Riposo;
- 4) a rispettare i provvedimenti di dimissione dalla Casa di Riposo previsti in caso di morosità nel pagamento della retta superiore ai due mesi, in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte, in caso grave violazione delle norme previste dal regolamento ed in caso di regressione permanente delle condizioni di autosufficienza.

Ai fini della presente domanda la sottoscritta

**DICHIARA**

- a) di essere nata a ..... il .....
- b) di essere residente in.....
- c) di essere domiciliata in.....  
telefono.....



cod.fisc.....

d) di indicare in qualità di referente/garante il/la Sig./ra.....

nata a.....il.....residente a.....

telefono.....

e) di accettare nella sua interezza quanto contenuto nel REGOLAMENTO DELLA CASA DI RIPOSO  
avendone preso preventivamente visione

Allega alla presente dichiarazione i seguenti documenti in fotocopia:

1. documento di riconoscimento;
2. certificato di pensione (mod. INPS, O bis M e CUD o equipollente documento rilasciato da altro Ente), ed eventuale dichiarazione dei redditi (modello UNICO);
3. libretto sanitario/tessera sanitaria;
4. codice fiscale;
5. questionario sanitario (a cura del medico di base);
6. eventuale verbale d'invalidità o accompagnamento;
7. dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte di un familiare o referente;

***Informativa ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003***

*Tutti i dati personali raccolti dagli I.R.A.S. Roma Capitale sono trattati conservati ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 ed esclusivamente per fini gestionali e amministrativi. Tali dati potranno comprendere anche alcuni dati sensibili qualora ciò risulti strettamente necessario ai fini dell'espletamento di attività ordinarie o straordinarie dell'ente o per collaborazioni di diversa natura.*

*Gli I.R.A.S. Roma Capitale conserveranno i Suoi dati e li tratterà esclusivamente per gli scopi sopra citati. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.*

*Con la sottoscrizione della presente Lei dichiara di aver letto e compreso quanto precede e presta il Suo consenso alle comunicazioni e ai trattamenti relativi ai dati personali (inclusi eventuali dati sensibili) che La riguardano, secondo quanto indicato sopra.*

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



**ISTITUTI RIUNITI DI ASSISTENZA SOCIALE ROMA CAPITALE**  
**Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza**  
*DGR 2 novembre 2012 n. 527*

**QUESTIONARIO MEDICO**

(compilazione a cura del medico curante ai fini dell'ammissione presso la  
Casa di Riposo Sant'Eufemia)

Cognome e nome.....

nata in..... (Prov.....) il.....

residente in..... (Prov.....) Via.....

Tel..... Stato civile..... Libretto S.S.N.....

Vive da solo.....

Istituzionalizzato negli ultimi 5 anni.....(se SI, dove:.....)

Condizioni generali.....

Anamnesi patologica remota.....

.....  
.....

Anamnesi patologica prossima.....

.....  
.....

Stato mentale e di coscienza.....

.....  
.....

Apparato cardiovascolare.....

.....  
.....

Pressione arteriosa (Min.....Max.....) - Altezza: m..... - Peso: Kg.....

Apparato respiratorio.....

Addome e organi ipocondriaci.....



Condizioni motorie.....

.....

Condizioni viscerali (vescica e intestino: continenti o meno).....

.....

Mantiene stazione eretta.....

Cammina con o senza appoggio.....

Decubiti.....

Presenta disturbi:

- onomuscolari.....

- articolari.....

- linguaggio.....

- vista.....

- trofico-articolari.....

- stato cognitivo.....

- memoria.....

.....

- Disturbi del comportamento (confusione, aggressione, irritabilità, agitazione).....

.....

- Disturbi psichiatrici (ansia, depressione, allucinazioni).....

.....

.....

- Interventi chirurgici subiti.....

.....



.....  
- ANOTAZIONI (eventuali certificazioni sanitarie o cartelle cliniche, esami specialistici, ecc.).....  
.....  
.....  
.....

Farmaci di mantenimento.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto Medico di famiglia dichiara di aver visitato il/la paziente.

Roma, li.....

(Timbro e firma del Medico).....



**ISTITUTI RIUNITI DI ASSISTENZA SOCIALE ROMA CAPITALE**

**Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza**

*DGR 2 novembre 2012 n. 527*

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'**

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a.....il.....

Residente in..... (Prov.)..... Via.....

Documento di riconoscimento.....

Telefono.....

C.F.....

In qualità di ..... della Sig.ra.....

**SI IMPEGNA:**

- a far rispettare il Regolamento della Casa di Riposo al proprio parente/conoscente ospite della Casa di Riposo, dichiarandosi di averne presa formale visione;
- a ricondurre l'ospite nel proprio domicilio nei seguenti casi di dimissione: grave infrazione alle norme che regolano la vita comunitaria della Casa di Riposo, sopraggiunte infermità fisiche e/o psichiche tali da non rendere possibile l'ulteriore permanenza della struttura, morosità, per pagamento della retta, per oltre due mesi comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte;
- a garantire per tutto il periodo di permanenza dell'ospite presso la Casa di Riposo una collaborazione attiva ed una partecipazione alla vita della comunità;
- a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dei recapiti al fine di garantire la propria reperibilità.

***Informativa ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003***

*Tutti i dati personali raccolti dagli I.R.A.S. Roma Capitale sono trattati conservati ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 ed esclusivamente per fini gestionali e amministrativi. Tali dati potranno comprendere anche alcuni dati sensibili qualora ciò risulti*



*strettamente necessario ai fini dell'espletamento di attività ordinarie o straordinarie dell'ente o per collaborazioni di diversa natura.*

*Gli I.R.A.S. Roma Capitale conserveranno i Suoi dati e li tratterà esclusivamente per gli scopi sopra citati. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.*

*Con la sottoscrizione della presente Lei dichiara di aver letto e compreso quanto precede e presta il Suo consenso alle comunicazioni e ai trattamenti relativi ai dati personali (inclusi eventuali dati sensibili) che La riguardano, secondo quanto indicato sopra.*

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



**ISTITUTI RIUNITI DI ASSISTENZA SOCIALE ROMA CAPITALE**

***Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza***

*DGR 2 novembre 2012 n. 527*

**AL TITOLARE**

**OGGETTO:** Consenso per il trattamento di dati sensibili e comunicazione dati.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto per iscritto da parte degli Istituti le informazioni di cui all'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 riguardanti i dati sensibili previsti dal comma 1, lettera d), dell'art.4 del D.Lgs. 196/2003 .

In particolare dichiara di aver liberamente preso atto che i propri dati personali saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso gli Istituti e/o per l'erogazione di prestazioni socio- sanitarie e/o assistenziali e che sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Prende atto che per far valere i propri diritti si potrà rivolgere agli Uffici Amministrativi degli Istituti Riuniti di Assistenza Sociale "Roma Capitale" .

Di conseguenza si dà il proprio consenso al titolare, al responsabile ed agli incaricati della struttura ad effettuare:

- Il trattamento dei propri dati personali e sensibili necessari per la gestione del ricovero, la tutela sanitaria, l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e/o socio-assistenziali.
- Alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili con particolare ed espreso riferimento anche a quelli riguardanti lo stato di salute necessari per la gestione del ricovero, la tutela sanitaria e l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e/o assistenziali, ad altri soggetti quali enti pubblici, medici, consulenti, strutture sanitarie, ASL, società a cui l'ente è assicurato con polizza di responsabilità civile.
- Ad altri enti pubblici, medici, specialistici o consulenti, organismi sanitari, società a cui l'ente è assicurato con polizza di responsabilità civile, con particolare ed espreso riferimento anche a





quelli riguardanti lo stato di salute necessari per la gestione del ricovero, la tutela sanitaria e l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e/o assistenziali.

- Ad inserire i propri dati personali nella targhetta della stanza e negli armadi utilizzati dal/dalla sottoscritto/a, nelle locandine delle feste dei compleanni, periodico interno e/o sito web istituzionale, nelle tabelle con indicazioni per diete o prestazioni.

Data\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_



## **ESTRATTO NORMATIVA D.LGS. 196/2003**

Art. 4, comma 1, lettera d, D.Lgs 196/2003

“Dati sensibili”, i dati idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

### ***Informativa sulla procedura di ammissione alla Casa di Riposo adottata dagli Istituti Riuniti di Assistenza Sociale “Roma Capitale”***

Con la disposizione di servizio n° 3 del 10.08.2010 si è attivata una procedura operativa per l’accesso in Casa di Riposo finalizzata ad ottenere uniformità di comportamento nei confronti di tutti gli interessati che hanno presentato domanda di ammissione.

La procedura prevede che ogni domanda di ammissione alla Casa di Riposo, corredata dell’apposito questionario medico predisposto dall’Ente, seguano almeno due colloqui con il Coordinatore della Casa di Riposo (in sostituzione il personale del Settore Socio-Educativo-Assistenziale designato dall’Ente) in collaborazione con l’infermiere professionale.

Sulla base degli elementi acquisiti, il Settore Socio-Educativo-Assistenziale decide in ordine alla situazione socio-sanitaria dell’anziano dopo aver esaminato e valutato i seguenti aspetti:

- la documentazione prodotta sul grado di autosufficienza dell’anziano (visita medica);
- lo stato di salute generale e lo stato mentale;
- il carico assistenziale sostenuto e sostenibile dal nucleo familiare;
- l’ eventuale preesistente funzione del servizio di assistenza domiciliare o di altri servizi;
- l’ eventuale preesistente richiesta di ricovero presso altre strutture protette;
- la compatibilità tra la situazione oggettiva dell’utente e le risorse disponibili della struttura.

A fine istruttoria, valutati gli elementi succitati e la completezza documentale, il Responsabile del Settore Socio-Educativo-Assistenziale decide in ordine all’ammissione e si impegna verso l’utente interessato ed i propri famigliari, a comunicare la decisione assunta.



L'utente ed i familiari civilmente obbligati che leggono per conoscenza dichiarano di aver preso atto della procedura indicata e della decadenza della procedura di ammissione in caso di ritardo dell'anziano o del familiare civilmente obbligato a completare la documentazione entro 30 gg. dalla data della visita medica e dei colloqui con il Coordinatore della Casa di Riposo.

Roma, li .....

Firma per presa visione ed accettazione

---