

COMUNE DI URBANIA

Provincia di Pesaro e Urbino

CAP 61049

P.IVA 00351210414

C.F. 82001210416

 Tel. 0722/313131-FAX 0722/317246

Prot.

Urbania lì, _____

Oggetto: Richiesta inserimento ospite al servizio residenziale presso la casa di riposo "Piccini-Naretti".

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ e residente a _____ in Via
_____, in qualità di _____ del sig.
_____ nato a _____ il
_____ e residente a _____ in Via

Chiede

Di inserire/essere inserito in qualità di ospite presso la Casa di riposo "Piccini Naretti" di Urbania.

A tal fine dichiara:

Di conoscere ed accettare il Regolamento della Casa di Riposo;

Di conoscere ed accettare quanto previsto nella carta servizi della struttura;

Di conoscere ed accettare le tariffe vigenti che comprendono i seguenti servizi:

- A) Servizio assistenziale;**
- B) Servizio infermieristico;**
- C) Servizio alberghiero;**
- D) Servizio Lavanderia, stireria, guardaroba e rammendo capi personali;**
- E) Servizio animazione;**
- F) Servizio Trasporto.**

Firma

Dichiara inoltre

Di impegnarsi al pagamento delle rette per la permanenza nella struttura del Sig. _____, secondo le tariffe vigenti.*

Firma

* Tale dichiarazione va resa nel caso in cui la richiesta venga inoltrata da un soggetto diverso dall'Ospite.

Allega: CERTIFICATO MEDICO

Dichiara di aver letto e compreso l'unita informativa privacy (art. 13 Reg. UE 2016/679).

FIRMA _____



RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL SISTEMA RESIDENZIALE

COGNOME _____ NOME _____

Nata /o a _____ il _____ Residente _____

Richiesta di inserimento Assistito/ Familiare/Altro

Certificato Medico

Scheda Assistenziale

Scheda Sociale

Data _____

Il/La Sottoscritto/a _____ nata /o a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____ Via _____

Tel. _____

CHIEDE

Per conto della/del _____ (grado di parentela / altro)

Sig/a _____ nato/a a _____ Il _____

C.F. _____ residente a _____ Via _____

Tel _____

INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE IMPEGNANDOSI A

- 1) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dopo il 60° giorno di degenza per il primo ricovero
- 2) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dal 1° giorno di degenza per ricovero sollievo e per i ricoveri successivi al primo su valutazione della UVI.
- 3) Accettare eventuali trasferimenti in altra tipologia di struttura/livello assistenziale allorché l'UVI della Area Vasta 1 ritenga che le condizioni che ne determinavano il ricovero, siano modificate.

L'Assistito o suo Familiare/Altro

DISTRETTO DI FANO

- RSA aziendale Mondavio

DISTRETTO DI PESARO

- RSA aziendale Galantara
 RSA aziendale Briciotti

DISTRETTO DI URBINO

- RSA aziendale Macerata Feltria
 RSA aziendale Sant'Angelo in Vado
 RSA aziendale Urbania

- Residenza protetta aziendale Macerata Feltria
 Residenza protetta aziendale Sant'Angelo in Vado

RSA In CONVENZIONE

- RSA Casa Argento Fossombrone
 RSA Residenza Montefeltro Urbino

Residenze Protette In CONVENZIONE

- _____



Al responsabile dell' Unità Valutativa Integrata di:

FANO

PESARO

URBINO

Il Sottoscritto Dott. _____

M.M.G. Medico Ospedaliero/ struttura convenzionata

Del sig./ra _____ nato/a a _____ Il _____

residente a _____ Portatore della seguente patologia _____

Problemi clinici: _____

Patologie Psichiatriche _____

Terapia Psichiatrica in atto _____

Obiettivo inserimento _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che si tratta di paziente **CRONICO/STABILIZZATO** che necessita di inserimento in struttura residenziale perché:

- Stabilizzazione clinica
- Riabilitazione intensiva () estensiva ()
- Addestramento alle ADL
- Organizzazione della gestione familiare
- Servizio sollievo
- Altro _____

Data li _____

Timbro e Firma



COGNOME _____

NOME _____

COMPILAZIONE A CURA DEL MMG/MEDICO OSPEDALIERO/ COORDINATORE INFERMIERISTICO/INFERMIERE CURE DOMICILIARI

CAPACITA' DI MOVIMENTO Autonomo (ADL D-1) <input type="checkbox"/> 0 Manifesta difficoltà nel mobilizzarsi dal letto alla carrozzina (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 20 Non si alza dal letto e non si mobilizza (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 40	IGIENE PERSONALE Autonomo nella cura di sé e nell'igiene personale (ADL A-1;B-1;C-1;) <input type="checkbox"/> 0 Difficoltà per raggiungere i servizi igienici, per effettuare autonomamente l'igiene personale e per cambiare l'abbigliamento (ADL A-1;B1;C-0) <input type="checkbox"/> 20 Dipendenza completa nella cura di sé, nell'igiene personale, abbigliamento quotidiano (ADL A-0;B-0;C-0) <input type="checkbox"/> 40
INTEGRITA' CUTANEA Cute integra <input type="checkbox"/> 0 Rischio di compromissione dell'integrità cutanea Braden punteggio..... <input type="checkbox"/> 10 Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 1°/ 2°stadio <input type="checkbox"/> 20 Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 3°/ 4°stadio <input type="checkbox"/> 40	ALIMENTAZIONE Si alimenta da solo senza assistenza (ADL F-1) <input type="checkbox"/> 0 Difficoltà lieve nella deglutizione (disfagia) <input type="checkbox"/> 10 Difficoltà grave nella deglutizione (disfagia) <input type="checkbox"/> 20 Deve essere imboccato (ADL F-0) <input type="checkbox"/> 20 Enterale Totale <input type="checkbox"/> 30 Parenterale Totale <input type="checkbox"/> 80
STATO COGNITIVO//COMUNICAZIONE Comprende e risponde correttamente (S.P.M.S.Q.....) <input type="checkbox"/> 0 Comprende ma non può comunicare correttamente <input type="checkbox"/> 20 Non Comprende e non risponde correttamente (S.P.M.S.Q.....) <input type="checkbox"/> 40 B.P.S.D. (Behavioural Psychological Symptoms Dementia) <input type="checkbox"/> 60 // Sintomi affettivi, depressione, ansia, irritabilità // Sintomi psicotici, deliri, allucinazioni // Disturbi della condotta, sonno, alimentazione, sessualità	ELIMINAZIONE URINARIA Controllo Completo (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0 Portatore Di Catetere <input type="checkbox"/> 30 Incontinenza Urinaria occasionale (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 20 Stomia Urinaria <input type="checkbox"/> 30 Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40
STATO di COSCIENZA Normale <input type="checkbox"/> 0 Stato vegetativo <input type="checkbox"/> 30 Stato di minima responsività <input type="checkbox"/> 40	ELIMINAZIONE INTESTINALE Controlla autonomamente l'eliminazione fecale (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0 Incontinenza Occasionale (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 20 Stomia Intestinale <input type="checkbox"/> 30 Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40
FUNZIONI SENSORIALI Normali <input type="checkbox"/> 0 Non Rilevabile <input type="checkbox"/> 0 Deficit Uditivo Grave Permanente(non correggibile) <input type="checkbox"/> 20 Deficit Visivo Grave Permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 40	RITMO SONNO – VEGLIA Dorme tutta la notte <input type="checkbox"/> 0 Insonnia (supporto emotivo) <input type="checkbox"/> 20 Alterazione del ritmo sonno veglia/ Stato confusionale notturno <input type="checkbox"/> 40
FUNZIONI RESPIRATORIE Autonoma <input type="checkbox"/> 0 Necessita' di Aspirazione <input type="checkbox"/> 40 Tracheostomia <input type="checkbox"/> 60 Ventilazione Assistita <input type="checkbox"/> 100	PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE Nessuna problematica <input type="checkbox"/> 0 Ossigeno terapia h <input type="checkbox"/> 40 Terapia del Dolore <input type="checkbox"/> 40 Dialisi Peritoneale <input type="checkbox"/> 40

Cognome e Nome del compilatore _____

Firma _____

Informativa all'interessato, ai sensi dell'art.13, del Regolamento UE n. 2016/679

Finalità: Il trattamento dei dati personali forniti ai competenti servizi comunali è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali del comune nelle seguenti materie: servizi sociali e avverrà presso il comune di Urbania.

Titolare del trattamento dati: comune di Urbania, nella persona del sindaco pro-tempore, piazza Della Libertà, n. 1 – Tel. 0722.313111

Email: comune.urbania@comuneurbaniapu.it; PEC: comune.urbania@emarche.it.

Responsabile Della Protezione Dei Dati (Rpd): Dott.ssa Martina Battazzi - Tel. 0722819928 - Email: rpd@cm-urbania.ps.it.

Trattamento: i suoi dati vengono trattati dal Comune lecitamente, laddove il trattamento: sia necessario nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri; sia necessario all'esecuzione di una prestazione e/o contratto di cui lei sia parte; sia necessario adempiere a un obbligo di legge; sia basato su un suo consenso espresso. I dati saranno trattati con strumenti informatici e/o cartacei, nel rispetto dei principi del GDPR e con l'adozione di misure di sicurezza idonee a ridurre al minimo i rischi di distruzione, perdita, accesso non autorizzato o trattamento non consentito o non conforme alle finalità del trattamento stesso. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza degli incaricati e responsabili del trattamento dati impiegati presso i servizi comunali ed eventualmente a Organismi di vigilanza, Autorità giudiziaria, nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge e/o per l'espletamento delle finalità inerenti e conseguenti al procedimento al quale si riferiscono.

Periodo: Il periodo di conservazione dei dati è determinato, in via presuntiva, in cinque anni successivi alla definitiva conclusione del procedimento per cui i dati sono stati forniti. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui al Capo III, Sezione I, del citato Regolamento UE e, in particolare:

Diritti degli interessati:

L'interessato può esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di accesso: ottenere conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e, in tal caso, ricevere informazioni relative, in particolare, a: finalità del trattamento, categorie di dati personali trattati e periodo di conservazione, destinatari cui questi possono essere comunicati (articolo 15, GDPR).
- Diritto di rettifica: ottenere, senza ingiustificato ritardo, la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano e l'integrazione dei dati personali incompleti (articolo 16, GDPR).
- Diritto alla cancellazione: ottenere, senza ingiustificato ritardo, la cancellazione dei dati personali che lo riguardano, nei casi previsti dal GDPR (articolo 17, GDPR).
- Diritto di limitazione: ottenere la limitazione del trattamento, nei casi previsti dal GDPR (articolo 18, GDPR).
- Diritto alla portabilità: ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un dispositivo automatico, i dati personali che lo riguardano, nonché ottenere che gli stessi siano trasmessi ad altro titolare senza impedimenti, nei casi previsti dal GDPR (articolo 20, GDPR).
- Diritto di opposizione: opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, salvo che sussistano motivi legittimi di continuare il trattamento (articolo 21, GDPR).
- Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo: proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Montecitorio n. 121, 00186, Roma (RM), email: garante@gpdp.it, PEC: protocollo@pec.gpdp.it.

L'esercizio dei diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC o lettera raccomandata A/R, ai recapiti indicati nella sezione **TITOLARE DEL TRATTAMENTO** della presente.