

Fondazione Onlus

Casa di Riposo Città di Sondrio

Via Don Guanella, 36 – 23100 Sondrio- Tel. 0342/541011 – Fax. 0342/541050
e-mail: segreteria@rsasondrio.it – C.F. 80000270142 – P. IVA 00401580147

DOMANDA DI AMMISSIONE AL
CENTRO DIURNO INTEGRATO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia di _____ il _____

Residente nel Comune di _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Telefono _____

CHIEDE

1. di essere ammesso presso il centro diurno integrato della Casa di Riposo "Città di Sondrio"

2. di fruire del servizio:

a tempo indeterminato

per il periodo dal _____ al _____

3. di accedere al servizio:

dal lunedì al venerdì per tutto il periodo

nei seguenti giorni della settimana :

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

nei seguenti orari :

 ingresso ore _____

 uscita ore _____

Eventuali altre modalità di fruizione del servizio (specificare):

Ha la possibilità di raggiungere il Centro diurno con mezzi propri o accompagnato da familiari?

SI'

NO

Familiare di riferimento _____

Recapito ove indirizzare le comunicazioni _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- ✓ Copia tessera sanitaria ed esenzione

Il/la sottoscritto/a SI IMPEGNA ad effettuare il versamento della retta, entro i primi dieci giorni del mese presso la Banca Credito Valtellinese C/C n. 4663-07 ABI 5216 CAB 11010 CIN N – IBAN IT18N0521611010000000004663 Tesoriere della Casa di Riposo “Città di Sondrio”.

Data _____

IL RICHIEDENTE

PER IL RICHIEDENTE

CONSENSO INFORMATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI (D.lgs 196 del 30/06/2003)

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del **Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs 196/03)** che per la domanda di ricovero e dar corso all'assistenza de:

il/la sig./ra _____

questa amministrazione necessita di conoscere i dati personali e sulla salute del ricoverato ed anche i dati personali riguardante i familiari o persone cui fare riferimento per la tutela dell'interessato al ricovero.

I dati personali da Lei forniti a questo ente, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi e/o strumentali ai servizi assistenziali/sanitari offerti, formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio

Il D.lgs 196 del 30/06/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

In particolare, ai sensi dell'art.81 ed 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà.

Data _____

(firma leggibile)