

**CONTRATTO DI OSPITALITA'**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. TO \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ n. Carta Id. \_\_\_\_\_  
 (allegare fotocopia documenti) C.F. \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

*(in caso di sottoscrizione da parte di familiari o altri delegati o meno)*

**fa presente che le condizioni pricofisiche dell'utente sotto indicato non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto:**

in relazione al ricovero presso codesta Casa di riposo, con decorrenza \_\_\_\_\_  
 del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ n. Carta Id. \_\_\_\_\_  
 (allegare fotocopia documenti) C.F. \_\_\_\_\_

(dati validi al momento del ricovero)

**ASSUME PERSONALMENTE ed IN SOLIDO CON EVENTUALI ALTRI FIRMATARI L'OBBLIGO DI:**

- 1 provvedere al pagamento in via anticipata, entro il giorno 5 del mese di riferimento o entro i primi 5 giorni di ricovero, della retta mensile nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione, alle condizioni stabilite e per tutto il periodo di ricovero.
- 2 In caso di aumento della retta, oggi indicata nella somma di cui appresso, assume altresì l'obbligo, permanendo l'ospitalità presso la Casa di Riposo, di provvedere al pagamento della maggior somma stabilita. La retta subisce aumenti perlomeno annuali, pertanto, annualmente dovrà essere preso contatto con l'ufficio di Segreteria per la ridefinizione degli importi.
- 3 In caso di ricovero temporaneo, versare la maggiorazione richiesta quantificata nel 10% della retta di riferimento.
- 4 Versare interamente la retta di ricovero anche in eventuali periodi di assenza dell'ospite, salvo poi richiedere per iscritto l'applicazione delle riduzioni previste dal regolamento.
- 5 Ritirare l'ospite qualora codesta Amministrazione ritenga di non poterlo più ospitare per ragioni di sicurezza o per eccessivi peggioramenti. Il ritiro dovrà avvenire entro 15 giorni dalla data della comunicazione, escluso il periodo di prova (primi 30 gg di ricovero) in cui, se richiesto, l'ospite dovrà essere ritirato entro 24h dalla richiesta della struttura (tutela in caso di difformità dell'utente rispetto alla documentazione di ingresso).
- 6 Qualora l'ospite sia intenzionato a lasciare la nostra Casa di Riposo, dovrà esserne data comunicazione con 15 giorni di anticipo, in caso contrario il sottoscritto assume l'obbligo di pagare la retta per il ritardo o il mancato preavviso, escluso il periodo di prova (primi 30 gg di ricovero) in cui, se richiesto, l'ospite potrà lasciare la struttura in qualunque momento.
- 7 Provvedere al rimborso mensile delle spese mediche sostenute per l'ospite in oggetto o, in alternativa, versare presso la Segreteria un deposito confacente alle esigenze economiche dell'ospite.
- 8 Comunicare con tempestività eventuali variazioni di residenza o di altri dati relativi al sottoscritto o al ricoverato, che possano essere rilevanti per lo svolgimento del servizio offerto da questa Casa di Riposo.

La retta giornaliera relativa al presente ricovero è di	_____	/DIE
Note, sconti o maggiorazioni:	_____	/DIE
riduzione lavaggio autonomo biancheria	_____	/DIE
Retta da pagare	€ _____ -	/DIE

Virle Piemonte, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il pagamento della retta sar  effettuato mediante B/B intestato all'ASSOCIAZIONE ISTITUTO SAN VINCENZO DE' PAOLI presso la UNICREDIT BANCA agenzia di Pancalieri.

**IBAN: IT 80 W 02008 30700 000002330183**

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di aver preso completa visione di quanto indicato nell'allegato REGOLAMENTO INTERNO che conferma ed accetta; di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art.26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, sulla responsabilit  penale cui pu  andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.2 della citata legge n. 15/1968 e fornisce le sopra elencate informazione sotto la propria personale responsabilit .

Virle Piemonte,

00/01/1900

Firma \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il 00/01/1900  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. TO  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ n. Carta Id. \_\_\_\_\_  
(allegare fotocopia documenti) C.F. \_\_\_\_\_

- per s  medesimo
- esercitando la rappresentanza legale in qualit  di: \_\_\_\_\_
- in qualit  di parente (indicare grado di parentela) \_\_\_\_\_
- in qualit  di convivente \_\_\_\_\_

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il 00/01/1900  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ n. Carta Id. \_\_\_\_\_  
(allegare fotocopia documenti) C.F. \_\_\_\_\_

(dati validi al momento del ricovero)

### DICHIARA

di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art.13 e 14 del Regolamento UE n.679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute e quelli necessari per le finalit  e per la durata precisati nell'informativa della persona ricoveranda. Acconsente inoltre a che possa essere data informazione della presenza in Struttura e dello stato di salute della persona ricoveranda a:

- COLORO CHE LO RICHIEDONO
- LE SEGUENTI PERSONE:

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento del primo accesso presso la Struttura e verr  ritenuto valido per tutti gli accessi successivi.

Virle Piemonte,

00/01/1900

Firma \_\_\_\_\_

Nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Ente, autorizza ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

- nome, cognome e foto per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppelletili, ecc.) che risulteranno pertanto visibili a terzi ospiti e visitatori.
- utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'Ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet e social networks.

Virle Piemonte, 00/01/1900

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(per persona diversa dall'interessato)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il 00/01/1900  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art.76 DPR 445/2000,

**DICHIARA**

che della persona sopra generalizzata:

- esercita la potestà genitoriale
- è il legale rappresentante
- è parente
- è convivente

Virle Piemonte, 00/01/1900

Firma \_\_\_\_\_

**CAMBIO DEL MEDICO CURANTE**

Al momento dell'ingresso in casa di riposo, anche per brevi periodi, l'utente ha diritto di mantenere il proprio medico curante. Sarà quindi cura di questo ultimo venire a visitare presso la struttura il suo paziente. Dato atto che, visti i carichi di lavoro, i medici di medicina generale esterni al territorio spesso non riescono ad effettuare tali visite a domicilio, invitiamo gli utenti o i loro familiari ad interpellare il medico stesso al fine di appurare la sua disponibilità in tal senso.

Precisiamo infine che la struttura non potrà somministrare all'ospite farmaci privi della relativa prescrizione.

Nel caso in cui sia intenzione dell'ospite fare il cambio medico sarà sufficiente rivolgersi al nostro ufficio Segreteria.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Gentile/Egregio Ospite,

la ASSOCIAZIONE ISTITUTO SAN VINCENZO DE' PAOLI

Tel: 0119739234 - Fax: 0110160229

email: [info@san-vincenzo.com](mailto:info@san-vincenzo.com)

PEC: [svdp@PEC.it](mailto:svdp@PEC.it)

in qualità di **titolare del trattamento dei dati personali**, ex art. 12 e 13 del Reg. UE 2016/679, la informa che, nell'esercizio della propria attività, raccoglierà e tratterà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici i Suoi dati personali con finalità di tutela della salute e per lo svolgimento di attività amministrative correlate alle prestazioni di erogazione di servizi sociosanitari.

**1. SCOPI DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI**

- a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsiasi altro servizio socio sanitario erogato in RSA;
- b) attività amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati;
- c) attività di certificazione, di denuncia e di referto, di prescrizione, di compilazione della documentazione clinica e dei registri;
- d) attività di recupero crediti, di verifica della esenzione dal pagamento della retta e di controllo della congruità delle prestazioni erogate;
- e) attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti;
- f) attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente attraverso una rete di comunicazione elettronica, per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili, protesi e gestione della cronicità), anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- g) attività finalizzate a promuovere e pubblicizzare l'attività dell'ente quali, a titolo esemplificativo, la pubblicazione di immagini di vita quotidiana all'interno della struttura sul sito internet dell'ente, profili di social network o sul giornalino interno.

**2. RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il responsabile della protezione dei dati è BOSCO EUGENIO

contatto: 0119739234

email: [direzione@san-vincenzo.com](mailto:direzione@san-vincenzo.com)

**3. MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.

La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati al fine di garantire l'assistenza sociosanitaria tipica della RSA ovvero per svolgere le attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore. Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.

Il trattamento dei dati può avvenire anche mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE), per il cui utilizzo sarà eventualmente richiesta una manifestazione espressa e specifica di consenso da parte dell'interessato.

**4. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I dati di natura sanitaria saranno conservati illimitatamente, in ottemperanza alle vigenti normative nazionali.

I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.

**5. NATURA DEL CONFERIMENTO**

L'interessato o chi lo rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore) è tenuto a conferire obbligatoriamente i dati indispensabili al perseguimento delle finalità di cura della salute, di cui al punto 1, al fine di poter ottenere la/le prestazione/i richiesta/e.

**6. CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI O DEL MANCATO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al trattamento per le finalità di tutela della salute, di cui al punto 1, rende impossibile l'accesso in RSA, per cui quest'ultima informa che in caso di diniego al trattamento non potrà erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante il ricovero,

il rapporto dovrà necessariamente terminare.

#### 7. CONOSCIBILITÀ DEI DATI

I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi. I dati di salute sono trattati dal personale appositamente incaricato, che opera sotto il controllo del titolare e dei responsabili, e possono essere comunicati, per finalità di tutela della salute, previo consenso dell'interessato, ai seguenti soggetti:

- Medici specialisti
- Organismi sanitari pubblici e privati
- Aziende che operano sull'ospite sia per l'assistenza sia per la ristorazione
- Regione Piemonte
- Agenzia delle Entrate

I dati di salute e i dati amministrativi correlati possono essere comunicati - sempre previo consenso - a familiari, prossimi congiunti o terzi legittimati, indicati e identificati dall'interessato, come indicato di seguito.

#### 8. EVENTUALE TRASFERIMENTO TRANSFRONTALIERO DEI DATI

La modalità non è prevista.

#### 9. PROFILAZIONE

All'ingresso in RSA è obbligo gravante sull'erogatore effettuare una profilazione dell'ospite all'interno dei c.d. "livelli di intensità" mediante processi decisionali informatizzati e non secondo la normativa regionale vigente per inquadrare la tariffa da riconoscere al Titolare.

L'RSA utilizza criteri simili per stabilire la retta di soggiorno degli ospiti. Eventuali processi decisionali informatizzati derivanti sul suo stato di salute possono essere utilizzati dal personale sanitario e possono avere incidenza sul versante economico se questi modificano la Classe/profilazione.

#### 10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato ha il diritto di accesso ai dati personali in ogni momento, chiederne la rettifica, qualora non corretti o non aggiornati, chiedere la cancellazione dei dati ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano.

L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano; il titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

L'interessato non può opporsi al trattamento dei dati sanitari perché hanno conservazione illimitata.

La portabilità dei medesimi dati non è possibile per i medesimi motivi.

L'interessato può, invece, chiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

L'interessato ha, altresì, il diritto alla revoca del consenso al trattamento dei dati in qualsiasi momento, consapevole che la conseguenza sarà l'interruzione immediata della presa in carico da parte della RSA, fermi in ogni caso gli obblighi di legge in capo al Titolare riguardo la conservazione dei dati acquisiti.

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo.

Il contenuto e il significato di legge dei predetti diritti sono a disposizione sul sito internet istituzionale della RSA allegati alla informativa.

**NUMERI UTILI:**

Residenza: 011-9739166

Ufficio: 011-9739234

Cell.: 333-5409651

Fax: 011-0160229

I pagamenti potranno essere eseguiti mediante B/B intestato a  
ASSOCIAZIONE ISTITUTO SAN VINCENZO DE' PAOLI

**IBAN: IT 80 W 02008 30700 000002330183**

**5x mille**  
**5x mille**  
**5x mille**  
**5x mille**  
**5x mille**

**Associazione  
Istituto San Vincenzo  
de' Paoli**

*SOSTIENI QUESTA COMUNITA'  
DONA IL 5 PER MILLE  
A TE NON COSTA NULLA  
MA PER NOI VALE TANTO*

**80084980012**

*FIRMA NEL RIQUADRO DELLE ONLUS*

*www.san-vincenzo.com*

## ASSOCIAZIONE ISTITUTO SAN VINCENZO DE' PAOLI

Gentile Signora/e,|

Le chiediamo di esprimere cortesemente il Suo parere sul soggiorno presso questa Struttura.

Ogni suo suggerimento o consiglio è per noi di grande aiuto per migliorare il servizio offerto.

Il questionario è anonimo ed i dati da Lei forniti verranno trattati nel più assoluto riserbo.

La compilazione è semplice e veloce: è sufficiente apporre una crocetta nella casella corrispondente alla valutazione ritenuta più confacente.

La ringraziamo in anticipo per la Sua preziosa collaborazione e La preghiamo, una volta completata la compilazione del seguente questionario, di depositarlo nell'apposita cassetta situata all'ingresso della struttura (segnalazioni/reclami).

I risultati della rilevazione saranno resi noti entro la fine del corrente anno.

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO	Molto bene	Bene	<del>Suff.</del>	Mediocre	Scarso
Come valuta le informazioni ricevute per la programmazione del ricovero?					
Ritiene che l'accogliamento all'ingresso sia stato adeguato alle sue esigenze?					
Ritiene che i servizi di segreteria rispondano in modo adeguato alle sue richieste?					
E' soddisfatto dell'assistenza che riceve?					
Ritiene che l'igiene personale sia adeguata alle sue necessità?					
Come valuta la prontezza del personale in caso di chiamata?					
Ritiene che l'assistenza medica sia consona alle sue esigenze?					
Ritiene che l'assistenza infermieristica sia consona alle sue esigenze?					
Come valuta l'assistenza prestata dai fisioterapisti in termini di professionalità e disponibilità?					
Ritiene confortevole la nostra residenza?					
La qualità del cibo è di suo gradimento?					
Come valuta la pulizia all'interno della residenza?					
Come valuta il servizio di lavanderia della residenza?					
Come valuta la temperatura all'interno della residenza nelle varie stagioni?					
E' soddisfatto del servizio di parrucchiere?					
E' soddisfatto del servizio di podologo/pedicure?					
Le attività proposte dal servizio di animazione (feste, laboratori,gite attività di gruppo, percorsi individuali...) sono di suo gradimento e rispondono ai suoi bisogni?					
Ritiene che il servizio di animazione valorizzi i suoi interessi e le sue abitudini personali?					
Come giudica il periodo che ha trascorso in questa struttura?					
Ritiene che il personale abbia un comportamento rispettoso?					

Ha osservazioni e suggerimenti ulteriori da offrirci?

---

---

---

---

In particolare cosa suggerisce di migliorare?

---

---

---

---

VI PREGHIAMO di voler compilare il seguente questionario in forma anonima e di volerlo riporre nell'apposita cassetta installata all'ingresso. Sarà per noi un grande aiuto per migliorare in futuro. Grazie!