

1/2	ALLEGATO "H" Carta dei Servizi RICHIESTA DI INSERIMENTO HOSPICE	
-----	--	--

AL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE CASTELLINI ONLUS

La/il sottoscritta/o		
nata/o a	il	stato civile
residente a	Via	n.
titolo di studio		cittadinanza
Professione	Pensione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale I I I I I I I I I I I I I I I I I		
Provenienza: <input type="checkbox"/> domicilio <input type="checkbox"/> ospedale <input type="checkbox"/> riabilitazione <input type="checkbox"/> altra struttura		
Invalidità Civile: 1) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se SI %.....		
2) se NO presentata domanda SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Accompagnamento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Carta d'identità n°	rilasciata da	il
Codice Assistito n°	ASST	
E' attualmente in carico a:		
ADI I__I SI I__I NO	Cure Palliative Domiciliari I__I SI I__I NO	
SAD comunale I__I SI I__I NO	Altro	
CHIEDE di essere ricoverata/o presso la Fondazione Castellini Onlus		
Firma del Richiedente e/o di coloro che ne fanno le veci		
Melegnano,		

INDIRIZZO DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome e nome		
Grado di parentela	telefono	
Comune	via	n. cap

ALTRI RECAPITI

Cognome e nome		
Grado di parentela	telefono	
Comune	via	n. cap

Cognome e nome		
Grado di parentela	telefono	
Comune	via	n. cap

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL DECRETO
LEGISLATIVO N. 196/2003 AGGIORNATA CON QUANTO RICHIESTO DAL Reg. Eu 679/2016
(domanda di inserimento)**

Egr. Signore/Gent.ma Signora

Melegnano li __/__/__

Vi informiamo che i dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) che Ci fornirete saranno trattati con strumenti manuali, strumenti automatizzati, e comunque in conformità a quanto previsto, anche in termini di sicurezza dei dati, dal regolamento UE 679/2016 ai fini dell'assolvimento dei compiti affidatici, al fine di fornirvi le informazioni da Voi richieste e/o per adempiere a specifici obblighi di legge in capo al titolare del trattamento. Il conferimento dei dati è facoltativo ma un Vs. rifiuto ci impedirà di proseguire nel rapporto o di adempiere a Vostre specifiche richieste.

Nel dettaglio i Vostri dati sono legati alla nostra attività specifica di "Gestione delle richieste di ricovero, di assistenza domiciliare e di gestione dei servizi connessi al ricovero o all'assistenza domiciliare ove concessi". L'interessato ha il diritto di comunicare le variazioni/integrazioni dei dati personali. Non è prevista, salvo apposito e specifico consenso, alcuna attività di marketing massivo.

La conservazione dei dati (la cui durata è prevista nei termini legali previsti per le cartelle cliniche e/o fascicoli FASAS), rispetta gli obblighi di legge o è legata ad esigenze di specifici trattamenti di cui siete parte, è vostro diritto richiedere la cancellazione dei dati quando lo stesso diritto non sia in contrapposizione con obblighi di legge. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione.

I Vs. dati verranno comunicati agli incaricati della scrivente necessari allo svolgimento dei compiti affidatici, ad organismi di controllo e pubblica sicurezza se richiesti, ad eventuali terze parti solo in conseguenza di utilizzo delle stesse per l'assolvimento dei compiti affidatici.

Lei ha diritto di ottenere dal titolare la cancellazione, la limitazione, l'aggiornamento, la portabilità, l'opposizione al trattamento dei dati personali che la riguardano nonché in generale i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. Eu. 679/2016

Non è previsto il trasferimento di Vostri dati all'estero da parte della scrivente ma eventuali terzi coinvolti nel trattamento potrebbero avvalersi di tale possibilità.

**Titolare del trattamento:
Fondazione Castellini Onlus
Via Cavour 21 – Melegnano (MI)
Responsabile della Protezione dei Dati dott.ssa Anna Rita De Paola
indirizzo e-mail: rpd@fondazionecastellini.it**

CONSENSO **Do** **Non do**

Il consenso affinché i miei dati vengano trattati dalla scrivente ai fini dell'inserimento nella liste di attesa o altre attività da svilupparsi secondo i modi e gli scopi indicati nell'informativa su esposta o per adempiere a specifiche vostre richieste; tale consenso NON E' PREVISTO in quanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lettera b, il trattamento si intende lecito, è richiesto a maggior tutela dei diritti dell'interessato in quanto vengo richiesti anche dati di cui all'art. 9.

Una revoca o una non concessione del consenso implica un'impossibilità a proseguire il rapporto.

Come previsto dall'art. 14 del Reg. U.E. 679/2016 Dichiaro che fornirò copia della presente informativa ai soggetti dei quali Vi comunicherò dati personali (compresi quelli sensibili ora descritti nell'art.9) da me raccolti allo scopo esclusivo di consentire l'esecuzione di quanto illustrato nella presente informativa ove io sia parte in causa.

Firma dell'interessato