

**FONDAZIONE  
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE "GARIBALDI – POGLIANI"  
O.N.L.U.S.**

*D.G.R. 23 febbraio 2004 – n.7/16458*  
Codice Fiscale 81002570133 – Partita Iva 01798350136

**Direzione Amministrativa e Sanitaria:**  
Via Galimberti n. 4 – 22063 Cantù (Co)  
Tel.: 031/3515358 – Fax: 031/714797

**DOMANDA DI INSERIMENTO PRESSO LA  
COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI**



INDIRIZZO	CAPIAGO VIA CAMUZIO 9A
CONTATTO TELEFONICO	349-5841224
ULTERIORI INFORMAZIONI	Consultaz. <i>Carta dei Servizi</i> Fondazione Garibaldi Pogliani O.n.l.u.s.

▪ **Documenti da allegare alla presente Domanda di Inserimento presso la Comunità Alloggio per Disabili:**

- Copia Carta d'Identità
- Copia Tessera Sanitaria
- Copia Codice Fiscale
- Copia Tesserino d'Esenzione (Verde/Rosa)
- Copia Verbale d'Invalidità
- Copia del decreto di Nomina a Tutore/Amministratore di Sostegno/Curatore (se in possesso)
- Eventuali Relazioni socio-educative in possesso
- Documentazione Sanitaria in possesso

▪

▪ **Data di presentazione della domanda:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



**FAMIGLIARI DA CONTATTARE PER  
COMUNICAZIONI RELATIVE ALL'INGRESSO E IL PAGAMENTO DELLA RETTA**

Si impegnano inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso  
a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

**Dati del garante**

Cognome e nome .....

in qualità di (ADS/Tutore) ..... grado di parentela .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Prov. ....

Telefono ..... Cellulare .....

Indirizzo ..... Comune.....Cap.....Prov.....

Codice fiscale ..... firma .....

**Indirizzo mail al quale inoltrare eventuali comunicazione e/o fattura**

---

**Persone di riferimento**

Cognome e nome .....

in qualità di (ADS/Tutore) ..... grado di parentela .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Prov. ....

Telefono ..... Cellulare .....

Indirizzo ..... Comune.....Cap.....Prov.....

Codice fiscale ..... firma .....

**Persone di riferimento**

Cognome e nome .....

in qualità di (ADS/Tutore) ..... grado di parentela .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Prov. ....

Telefono ..... Cellulare .....

Indirizzo ..... Comune.....Cap.....Prov.....

Codice fiscale ..... firma .....

**Persone di riferimento**

Cognome e nome .....

in qualità di (ADS/Tutore) ..... grado di parentela .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Prov. ....

Telefono ..... Cellulare .....

Indirizzo ..... Comune.....Cap.....Prov.....

Codice fiscale ..... firma .....

**Ulteriori dati relativi alla persona per la quale si richiede l'inserimento presso la Comunità Alloggio per Disabili** (autonomie residue, patologie, eventuale terapia farmacologica in atto, ulteriori informazioni utili relativamente ai seguenti aspetti: continenza/incontinenza, abitudini alimentari ed eventuali allergie note, interessi e passioni, ecc.)

---

---

---

---

---

---

---

---



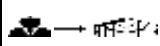







---

---

Gentile Interessato (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO) \_\_\_\_\_,

eventualmente rappresentato legalmente da (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO) \_\_\_\_\_,

desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR"*) prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Fondazione RSA Garibaldi Pogliani ONLUS** in qualità di **"Titolare"** del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

	<b>A. CATEGORIE DI DATI:</b> oggetto del trattamento possono essere i suoi dati personali quali dati identificativi, di contatto ed e dati particolari ex art. 9 del GDPR (ad es. certificati di malattia, esiti di visite mediche, cartella clinica, ecc.).
	<b>B. TITOLARE DEL TRATTAMENTO:</b> Il titolare del trattamento è <b>Fondazione RSA Garibaldi Pogliani ONLUS, Via Galimberti, 4 – 22063 Cantù (CO), Partita IVA 01798350136</b> contattabile telefonicamente al <b>031. 3515358</b> o alla mail <a href="mailto:info@garibaldipogliani.com">info@garibaldipogliani.com</a>
	<b>C. FONTE DEI DATI PERSONALI:</b> i dati personali in possesso del Titolare sono raccolti direttamente presso l'interessato.
	<b>D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA:</b> i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Finalità connesse ad obblighi di legge.</b></li> <li>• <b>Finalità contrattuali e pre-contrattuali: AMMINISTRAZIONE.</b> Espletamento dei compiti gestionali, amministrativi ed organizzativi necessari all'espletamento dei servizi ambulatoriali erogati;</li> <li>• <b>Finalità di cura che non richiedono il consenso ai sensi dell'art.9 paragrafo 2 lettere h) e i) e 3 del GDPR e dell'art. 75 e 2 septies del D.Lgs 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 ed ai sensi del provvedimento del Garante n. 55 del 7 marzo 2019: DIAGNOSI:</b> svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nella struttura.</li> </ul>
	<b>E. DESTINATARI DEI DATI:</b> nei limiti pertinenti alle finalità, i suoi dati potranno essere comunicati ai responsabili ed agli incaricati all'interno dell'istituto ed a soggetti esterni all'Istituto, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I suoi dati non saranno oggetto di alcuna diffusione. I Responsabili e gli Incaricati del trattamento in carica sono puntualmente individuati nel Documento sulla Privacy, aggiornato con cadenza periodica.
	<b>F. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI:</b> i dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi al di fuori della Comunità Europea.
	<b>G. PERIODO DI CONSERVAZIONE:</b> i dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati (" <i>principio di limitazione della conservazione</i> ", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
	<b>H. DIRITTI DELL'INTERESSATO:</b> l'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.
	<b>I. OBBLIGATORIETA' O MENO DEL CONFERIMENTO:</b> il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per valutare il suo inserimento in struttura. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato inserimento nelle liste d'attesa.
	<b>J. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI:</b> i dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Titolare. I dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo (es. sistemi in cloud, sistemi di archiviazione e conservazione sostitutiva digitale, ...), nel rispetto di adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza previste dal GDPR.
	<b>K. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O. :</b> il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O. contattabile via mail all'indirizzo <a href="mailto:garibaldipogliani@segnalazionidpo.it">garibaldipogliani@segnalazionidpo.it</a>

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver presa visione dell'informativa sopra riportata per le finalità di trattamento dei miei dati personali.

**Luogo e Data:** \_\_\_\_\_ **Firma leggibile dell'interessato** \_\_\_\_\_

**Nota bene:** se l'interessato è soggetto ad impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere e quindi non può apporre la firma di presa visione, la stessa è resa da chi dispone della responsabilità legale (specificare:  amministratore di sostegno  tutore  curatore  genitore (per i minori)  altro \_\_\_\_\_)

**Firma di chi rappresenta legalmente l'interessato** \_\_\_\_\_