



AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"GOLGI-REDAELLI"

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI MINI-ALLOGGIO

Il sottoscritto

Cognome e nome _____ Sesso M F
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Cittadinanza _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza _____ tel. _____
Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria _____
Tessera esenz. ticket _____ Medico curante dott. _____

Usufruisce attualmente di:

Pensione NO SI se si, tipo di pensione _____
Invalidità civile NO SI
Assegno di accompagnamento NO SI In attesa

avendo preso piena cognizione di tutte le condizioni contenute nell'informativa e nello schema del contratto-tipo e dichiarando di accettarle integralmente e senza riserve,

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DI UN MINI-ALLOGGIO presso l'Istituto Golgi in Abbiategrasso

MONOLOCALE BILOCALE

che verrà fruito PER SE' SINGOLARMENTE
 PER SE' E DA _____
in qualità di CONIUGE
 ACCOMPAGNATORE

In tal caso, riportare i dati del convivente

Cognome e nome _____ Sesso M F
Nato a _____ Prov. _____ il _____ Cittadinanza _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza _____ tel. _____
Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Solo per il coniuge o convivente rientrante nelle condizioni di assegnazione, compilare anche sotto

Tessera esenz. ticket _____ Medico curante dott. _____
Usufruisce attualmente di:
Pensione NO SI se si, tipo di pensione _____
Invalidità civile NO SI
Assegno di accompagnamento NO SI In attesa

Allo scopo, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445 del 2000:

che il reddito complessivamente percepito consente di onorare gli impegni contrattuali (*a comprova di quanto dichiarato deve essere allegata copia della dichiarazione dei redditi completa o certificazione equivalente: es. mod. 730, UNICO o CUD etc. o certificazione bancaria che attesti il possesso di un deposito e/o di investimenti tali da garantire la solvibilità del richiedente*)

oppure

- che l'assolvimento agli impegni contrattuali è garantito dal Sig./Sig.ra _____ come risulta dalla dichiarazione di cui all'all.4 alla presente richiesta
- che le informazioni di cui all'all. 1 alla presente sono veritiere

Oltre a quanto sopra, il sottoscritto prende atto di essere tenuto al rispetto dei principi e delle previsioni del “Modello di Organizzazione e Controllo” e del connesso Codice Etico adottato dall'ASP Golgi-Redaelli in ottemperanza al D. Lgs. 08.06.2001, n. 231, come pubblicato sul sito aziendale www.golgiredaelli.it, sezione Azienda-Statuto e Regolamenti, che dichiara di conoscere e di accettare. Le presenti previsioni costituiscono parte integrante degli accordi negoziali instaurandi o instaurati e dispiegano i propri effetti fino al completamento del rapporto con l'Azienda.

Inoltre, vista l'informativa ex art. 13 D.Lgs. 196/2003, che si sottoscrive per presa visione, e preso atto che Titolare del trattamento dei dati è ASP “Golgi-Redaelli” – Via Olmetto 6 – 20123 MILANO e Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore di Istituto, si acconsente al trattamento dei dati forniti per le esigenze connesse all'assegnazione di mini-alloggio ed alle attività conseguenti alla stessa, ivi comprese le verifiche sulle dichiarazioni sopra rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, cambiamento idea ecc.).

Firma del richiedente/ dei richiedenti _____ data _____
(Allegare fotocopia del documento di identità del/i sottoscrittore/i)

ALLEGATO 1

SCHEDA CONOSCITIVA (da compilare a cura di chi presenta la domanda)

Sig. /Sig.ra _____

Motivo della domanda

- Vive solo
- Alloggio non idoneo
- Difficoltà familiari
- Altro (specificare) _____

Usufruisce attualmente di:

- Assistenza domiciliare del Comune SI NO
- Assistenza domiciliare sanitaria (voucher) SI NO

Protesi ed ausili in uso:

- deambulatore
- letto ortopedico
- presidio per incontinenza
- presidi antidecubito
- altro (specificare) _____

INFORMAZIONI SULL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

E' capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia e viceversa?

- No, non è in grado, richiede la completa assistenza
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

E' in grado di camminare da sola?

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

Se non cammina, è in grado di manovrare da sola la sedia a rotelle?

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

E' in grado lavarsi, fare il bagno, pettinarsi?

- No, non è in grado
- Necessita di aiuto
- E' completamente autonoma

E' in grado di mangiare in autonomia?

- Non è in grado, deve essere imboccato
- Collabora ma necessita di aiuto
- E' completamente autonomo/a

E' mentalmente confusa?

E' completamente disorientata

Parzialmente confusa

Parla e comprende normalmente

E' irritabile?

- Si
- Si, solo se provocata
- No

E' particolarmente irrequieta?

- Si, è incapace di stare ferma
- E' spesso molto irrequieta
- E' tranquilla

Altre notizie che si ritengono utili

ALLEGATO 2

INFORMAZIONI SANITARIE (a cura del medico curante)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Patologie presenti

	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Diagnosi</i>
Patologie cardiache			
Iperensione arteriosa			
Patologie vascolari/ematologiche			
Patologie respiratorie			
Vista, udito, naso, gola, laringe			
Apparato gastroenterico superiore			
Apparato gastroenterico inferiore			
Patologie epatiche			
Patologie renali			
Altre patologie genito-urinarie			
Sistema muscolo - scheletrico e cute			
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)			
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici)			
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze)			

Problemi clinici prevalenti _____

Patologie infettive/contagiose presenti _____

Terapia farmacologica in corso (indicare farmaco e posologia)

Allergie a _____

Anomalie del comportamento

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ansia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Depressione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Deliri o allucinazioni | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Agitazione psico-motoria diurna | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Agitazione psico-motoria notturna | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Deambulazione incessante | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Affaccendamento afinalistico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Inversione del ritmo sonno-veglia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Aggressività | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Urla, lamentazioni, vocalizzazioni ripetitive | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Comportamenti autolesivi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Anomalie della marcia e della postura

Cadute negli ultimi 3 mesi _____ SI, numero cadute __ NO

Altre informazioni sanitarie

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Ci sono problemi di alimentazione?</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Disfagia – altri disturbi della deglutizione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Nutrizione artificiale enterale con gastrostomia (PEG) o digiunostomia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| con sondino naso gastrico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> <i>La persona è in dialisi?</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dialisi peritoneale automatica o manuale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dialisi extracorporea ambulatoriale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dove effettua la dialisi _____ | | |
| <input type="checkbox"/> <i>E' presente insufficienza respiratoria?</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ossigeno occasionalmente | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ossigeno almeno 6 ore al giorno | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ossigenoterapia continua | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Tracheostomia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ventilazione meccanica invasiva/non invasiva | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> <i>La persona è affetta da diabete mellito?</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È trattato con la sola dieta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Farmaci antidiabetici orali | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Insulina | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> <i>La persona ha ulcere da decubito?</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sacrali o trocanteriche | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Arti inferiori o altre sedi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> La persona ha ulcere vascolari? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> <i>Ci sono problemi di continenza vescicale o fecale?</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Presidi per incontinenza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Catetere vescicale a permanenza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Cateterismo intermittente con Nelaton | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enterostomia, colostomia, ureterocutaneostomia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Luogo, data

Timbro e firma del medico



**Azienda di Servizi alla Persona
"GOLGI - REDAELLI"**

OGGETTO: D. Lgs. 30.06.2003, n. 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" Circolare informativa – FORNITORI, APPALTATORI, DOCENTI, CLIENTI/OSPITI E LORO FAMILIARI, INQUILINI, AFFITTUARI, ACQUIRENTI, CONCESSIONARI, ORGANISMI DI RAPPRESENTANZA, ENTI, ASSOCIAZIONI, ETC.

Secondo quanto previsto dall'art. 13 della norma in oggetto si informa la S.V. che i dati personali (es. cognome, nome, data di nascita etc.), sensibili (dati personali idonei a rivelare l'origine razziale, le convinzioni religiose, filosofiche, politiche etc., nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale) e giudiziari (dati idonei a rivelare provvedimenti in materia di casellario giudiziale, sanzioni amministrative derivati da reato e carichi pendenti, la qualità di indagato od imputato) sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda – in conformità delle norme vigenti e del Regolamento aziendale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari - come segue:

A) FINALITA' E MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI/COMUNICAZIONE

- il trattamento riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati;
- il trattamento dei dati avviene con procedure atte a garantirne la sicurezza;
- i dati sensibili e giudiziari sono trattati per le finalità istituzionali inerenti all'attività dell'Azienda e secondo le modalità di cui alle schede nn. 3, 5 e 8 del vigente "Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari" (a disposizione per la consultazione presso le Aree/Direzioni/Servizi aziendali e sul sito www.golgiredaelli.it) con riferimento alle diverse tipologie di soggetti interessati e ai rispettivi rapporti intercorrenti con l'Azienda.

B) LA NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E' OBBLIGATORIA

C) CONSEGUENZE DEL RIFIUTO A CONFERIRE I DATI E AD AUTORIZZARNE IL TRATTAMENTO: impossibilità oggettiva di gestire il rapporto sotto ogni profilo.

D) DIRITTI: ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. 196/2003, è riconosciuto il diritto di CONOSCERE, CANCELLARE, RETTIFICARE, AGGIORNARE ED INTEGRARE i propri dati, di OPPORSI al trattamento dei medesimi, nonché di esercitare le altre facoltà di cui all'art. 7 stesso, nei limiti e nei modi indicati dai successivi articoli 8 e 9. Per l'esercizio di questo diritto, ci si può rivolgere alle Aree/Direzioni/Servizi di riferimento.

E) TITOLARE del trattamento dei dati è l'Azienda di Servizi alla Persona "Golgi - Redaelli".

F) RESPONSABILI del trattamento dei dati sono i Dirigenti dell'Azienda ciascuno per la specifica competenza dell'incarico attribuito e della Area/Direzione/Servizio assegnato.

G) INCARICATI del trattamento dei dati sono i dipendenti che, in ragione dell'incarico ricoperto, svolgono le operazioni di trattamento come dianzi definite.

F.TO IL DIRETTORE GENERALE

Io sottoscritto/adichiaro di aver ricevuto le informazioni in materia di tutela della riservatezza dei dati personali, sensibili e giudiziari di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003. Dichiaro di aver preso atto che mi sono riconosciuti i diritti di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare i miei dati, nonché di oppormi al trattamento degli stessi, unitamente agli altri diritti previsti dall'art.7 della norma in questione, nei limiti e con i modi indicati negli articoli 8 e 9.

ALLEGATO 4

*(EVENTUALE) DA COMPILARSI SOLO IN CASO DI SOGGETTO TERZO GARANTE:

Il/La Sottoscritto/a _____ codice fiscale _____ in qualità di garante per il Sig. _____
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445 del 2000:

di essere nato/a a _____ il _____;

di essere residente in _____ Via _____ n° _____;

di essere cittadino/a italiano/a (oppure) _____;

di possedere il reddito di cui all'allegata documentazione (*a comprova di quanto dichiarato deve essere* allegata copia della dichiarazione dei redditi completa o certificazione equivalente: es. mod. 730, UNICO o CUD etc.);

di voler integrare la situazione reddituale e/o economica del Sig. _____, impegnandosi alla sottoscrizione del contratto in qualità di garante, e di avere preso piena cognizione di tutte le condizioni contenute nello schema del contratto-tipo e di accettarle integralmente e senza riserve.

e/o

Oltre a quanto sopra, il sottoscritto prende atto di essere tenuto al rispetto dei principi e delle previsioni del “Modello di Organizzazione e Controllo” e del connesso Codice Etico adottato dall’ASP Golgi-Redaelli in ottemperanza al D. Lgs. 08.06.2001, n. 231, come pubblicato sul sito aziendale www.golgiredaelli.it, sezione Azienda-Statuto e Regolamenti, che dichiara di conoscere e di accettare. Le presenti previsioni costituiscono parte integrante degli accordi negoziali instaurandi o instaurati e dispiegano i propri effetti fino al completamento del rapporto con l’Azienda.

Inoltre, vista l’informativa ex art. 13 D.Lgs. 196/2003, che si sottoscrive per presa visione, e preso atto che Titolare del trattamento dei dati è ASP “Golgi-Redaelli” – Via Olmetto 6 – 20123 MILANO e Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore di Istituto, si acconsente al trattamento dei dati forniti per le esigenze connesse all’assegnazione di mini-alloggio ed alle attività conseguenti alla stessa, ivi comprese le verifiche sulle dichiarazioni sopra rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.

(Il/La garante)

(Allegare fotocopia del documento di identità del sottoscrittore)

Milano,.....