



ASP

Istituzioni Assistenziali
Riunite di Pavia

Residenze Sanitarie Assistenziali
F. Pertusati e S. Croce
V.le Matteotti, 63
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

• ***Che cosa si deve presentare per fare domanda per il ricovero?***

Alla **DOMANDA DI ISTITUZIONALIZZAZIONE** è necessario allegare **SUBITO** la seguente documentazione:

- **CERTIFICAZIONE SANITARIA PERSONALE**
- **SCHEDA SOCIALE**
- **SCHEDA ANAGRAFICA**
- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

• ***In che giorni bisogna consegnare le domande di ricovero?***

SI CONSEGNAANO PRESSO L'UFFICIO DI STATISTICA –

DIREZIONE GENERALE – ISTITUTO DI CURA S. MARGHERITA

- VIA EMILIA, 12 - PAVIA

NEI SEGUENTI GIORNI:

Lunedì – Mercoledì – Venerdì

dalle ore 11.00 alle ore 13.00 o per e mail: info@asppavia.it

A QUESTO PUNTO LA DOMANDA SARÀ INSERITA ALL'INTERNO DI UNA GRADUATORIA



N.B.: Si può conoscere la propria posizione all'interno della graduatoria contattando telefonicamente l'Ufficio di Statistica.

- ***Completare la documentazione, presentando i seguenti documenti:***

- **AUTOCERTIFICAZIONE SE IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE (allegato 1), ALTRIMENTI, CERTIFICATO CUMULATIVO ORIGINALE DELLO STATO DI FAMIGLIA, DI RESIDENZA E ANAGRAFICO RILASCIATO DAL COMUNE DI RESIDENZA;**
- **1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA;**
- **FOTOCOPIA LIBRETTO SANITARIO ED EVENTUALE ESENZIONE TICKET;**
- **FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE STATO DI INVALIDITÀ CIVILE;**
- **FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITÀ;**
- **FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA MAGNETICA.**

- ***Che cosa succede quando si arriva nelle prime posizioni della graduatoria?***

L'ACCETTAZIONE NELLE RSA È SUBORDINATA ALL'ESITO DI UNA VALUTAZIONE MEDICA

1. L'Ufficio di Statistica contatterà telefonicamente i familiari dell'interessato per confermare l'appropriatezza del ricovero.
2. Successivamente, l'Ufficio di Statistica contatterà telefonicamente per informare circa il giorno e l'ora del ricovero.

Al momento del ricovero bisogna presentare:

- **EVENTUALE LETTERA DI DIMISSIONE, oppure FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA (se l'utente è stato ricoverato recentemente presso altri Ospedali), o se proveniente dal territorio, Certificato Anamnestico redatto dal Medico di Medicina Generale NEL QUALE SI CERTIFICANO LE PATOLOGIE E LA TERAPIA IN ATTO;**
- **N°1 MARCA DA BOLLO DA 16,00 €;**
- **ORIGINALI DEI DOCUMENTI PRESENTATI IN PRECEDENZA.**

- *E per quanto riguarda la retta?*

RETTE GIORNALIERE DI OSPITALITA' – DALL'ANNO 2021

L'importo della retta giornaliera è:

- **€ 58,00** al giorno per la RSA F. Pertusati
- **€ 70,00** per i posti autorizzati solventi Pertusati e per i solventi RSA S. Croce

Limitatamente alle camere ad uso singolo

- **€ 60,00** al giorno per la RSA F. Pertusati
- **€ 74,00** per i posti autorizzati solventi Pertusati e per i solventi RSA S. Croce



Al momento del ricovero, è necessario che un parente firmi l'impegnativa di pagamento oppure consegni l'impegnativa rilasciata dal Comune di residenza.

Si richiede inoltre il versamento anticipato del primo mese.

Dalla retta sono esclusi eventuali spese di trasporto con autolettighe.

Eventuali dimissioni volontarie devono essere comunicate alla Direzione Medica con almeno 30 giorni di preavviso.

- *Come si svolgerà il ricovero?*

- ◆ L'Ufficio di Statistica vi contatterà telefonicamente per indicarvi il giorno e l'ora del ricovero e vi metterà in contatto con gli uffici per il dettaglio delle procedure amministrative legate al ricovero.

Il giorno prestabilito, il nuovo Ospite sarà accolto presso la RSA, dall'Infermiera di Reparto che lo accompagnerà alla sua camera di degenza.

- ◆ Nel frattempo i famigliari si recheranno presso l'ufficio preposto per la firma del contratto di ricovero e per lo svolgimento delle pratiche burocratiche necessarie.
- ◆ Il contratto dovrà essere sottoscritto al momento del ricovero dal familiare (obbligato in solido) e/o dall'amministratore di sostegno oltre che dall'ospite interessato al ricovero. Qualora l'ospite fosse impossibilitato alla firma (da documentare) è opportuno attivare la procedura della nomina dell'Amministratore di sostegno che va consegnata in duplice copia. Il sottoscrittore del contratto deve portare la fotocopia della Carta di Identità e Codice Fiscale



CONSIGLI PER IL CORREDO DEGLI OSPITI

Gli Ospiti della RSA PERTUSATI sono liberi di portare con sé, all'interno della struttura, quale corredo personale, ciò che ritengono opportuno, compatibilmente con le esigenze organizzative ed abitative della Struttura.

E' tuttavia vivamente consigliato di portare con sé almeno 4 cambi di abbigliamento comodo diurno, da alternare secondo la stagione; articoli per la toilette personale, nonché la seguente dotazione minima di corredo:

- ◆ n° 6 MAGLIETTE INTIME DI COTONE
 - ◆ n° 6 MUTANDE SE L'OSPITE NON E' INCONTINENTE
 - ◆ n° 6 PAIA DI CALZE
 - ◆ n° 3 TUTE
 - ◆ n° 4 PIGIAMI/CAMICIE DA NOTTE
 - ◆ n° 2 VESTAGLIE
 - ◆ n° 2 FELPE E/O GOLFINI
 - ◆ n° 2 PAIA DI CALZATURE (pantofole e/o scarpe)
-
- il corredo dovrà essere consegnato al Guardaroba dell'Istituto (orario di apertura dalle ore 08,00 alle ore 14,00).
 - Il Servizio Guardaroba provvederà ad annotare l'elenco del corredo su un blocchetto con ricevute in duplice copia (per il familiare e per il Servizio guardaroba) e quindi provvederà alla codifica di tutti i capi consegnati
 - Ogni qualvolta che i familiari desiderino fornire nuovi capi per il corredo dei loro Cari ricoverati, dovranno consegnarli esclusivamente in Guardaroba per la loro codifica,
 - **Si invitano i familiari a non mettere in circolazione capi di biancheria non codificati, né registrati, poiché in tal caso l'Istituto non può assumersi responsabilità, né rivendicare alcuna contestazione sul deterioramento o smarrimento dei capi non codificati.**

data di ricevimento domanda:
_ / _ / _

Al Direttore Generale dell'ASP IIAARR
V.le Matteotti, 63
PAVIA

Domanda di Istituzionalizzazione

Il sottoscritt Nome e Cognome nat a Prov. di il \ \ \ e residente in Via n. a Prov. di in qualità di del signor Nome e Cognome

chiede l'istituzionalizzazione

presso codesta RSA del suddett Signor nat a Prov. di il \ \ \ e residente in Via n. Prov

Per la RSA: (barrare la voce di interesse)

F. Pertusati	S. Croce
<input type="checkbox"/> ospite autorizzato accreditato (retta 58,00 € /die)	<input type="checkbox"/> ospite autorizzato solvente (retta 70,00 € /die)
<input type="checkbox"/> ospite autorizzato accreditato camera singola (retta 60,00 € /die)	<input type="checkbox"/> ospite autorizzato solvente camera singola (retta 74,00 € /die)
<input type="checkbox"/> ospite autorizzato solvente (retta 70,00 € /die)	
<input type="checkbox"/> ospite autorizzato solvente camera singola (retta 74,00 € /die)	

e con la condizione che il ricovero deve intendersi in via di esperimento per un mese, salvo conferma dell'Istituto.

Con la presente, si impegna sin d'ora, a corrispondere all'Amministrazione di codesto Istituto l'importo della retta in vigore, accettando, nel contempo, gli eventuali aumenti che verranno apportati alla retta stessa.

Fiducios nell'accoglimento della presente, anticipatamente ringrazia e porge i più deferenti ossequi.

Pavia, \ \ \

Firma _____

Indirizzo: _____



ASP

Istituzioni Assistenziali
Riunite di Pavia

V.le Matteotti, 63
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Titolo di studio _____

Professione esercitata prima del pensionamento _____

Tipo di Pensione:

	Anzianità		Reversibilità
	Invalidità		Nessuna
	Altro: _____		

N. tessera sanitaria _____

Esenzione ticket n. _____

Usufruisce di assegno di accompagnamento? sì domanda presentata no

Indirizzo e numero di telefono della persona a cui rivolgersi in caso di necessità:

(specificare parentela o se soggetto civilmente obbligato): _____



Istituzioni Assistenziali
Riunite di Pavia

V.le Matteotti, 63
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

SCHEDA SOCIALE

Stato civile: _____ Cognome e nome del coniuge _____

n° figli |__|

n° figli viventi maschi |__| e loro stato civile _____

n° figli viventi femmine |__| e loro stato civile _____

Condizione abitativa precedente al ricovero:

Residenza: _____

Domicilio: _____

Eventuali ricoveri in altri Istituti. _____

Motivo della richiesta di istituzionalizzazione:

Perdita autonomia (Decorso degenerativo)		Insufficienza del supporto familiare		Alloggio non idoneo
Stabilizzazione stato clinico (Post Acuzie)		Solitudine		Altra motivazione sociale

ALLEGATO 1

AUTOCERTIFICAZIONE

(art.2. legge 15/1968 – mod. dall'art. 3, legge 15 maggio 1997, n.127)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a prov.

Il residente a

In via n°

Codice Fiscale

dichiara

- di essere nato/a a il
- di essere residente a via n°
- di essere cittadino/a italiano/a (oppure)
- di essere: celibe nubile coniugato/a con
- di essere vedovo/a di
- che lo stato di famiglia è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Data

Il/La dichiarante

L'autocertificazione deve essere compilata dalla persona interessata al ricovero e solo se è in grado di intendere e di volere



ASP

Istituzioni Assistenziali
Riunite di Pavia

RSA
V.le Matteotti, 63
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

CERTIFICAZIONE SANITARIA PERSONALE

(da compilarsi da parte del medico curante)

Cognome _____ Nome _____ F M

Nato il _____ a _____

CONDIZIONI GENERALI ATTUALI: Buone Mediocri Gravi

Mobilità

**1. IL SOGGETTO SI SPOSTA DALLA SEDIA (O CARROZZINA) AL LETTO E
VICEVERSA (INCLUSO IL SEDERSI SUL LETTO)**

Non collabora al trasferimento. Necessarie 2 persone per trasferire il paziente con o senza un sollevatore meccanico 1

Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento 2

Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento 3

Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza 4

Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi 5

**2. DEAMBULAZIONE (SE SI SPOSTA CON LA CARROZZINA COMPILARE
ALLA VOCE 3)**

Non in grado di deambulare 1

Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione 2

Necessita della presenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi 3

Indipendente nella deambulazione ma con autonomia limitata (inferiore a 50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose. 4

Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione 5

3. USO DELLA CARROZZINA (ALTERNATIVO A DEAMBULAZIONE)

Usare questo item solo se il paziente è stato classificato "O" nella Deambulazione e comunque solo dopo che sia stato istruito nell'uso della carrozzina.

- Dipendente negli spostamenti con la carrozzina 1
- Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre 2
- Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc. 3
- Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette 4
- Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi Avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere superiore ai 50 metri 5

4. ALIMENTAZIONE

- Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne, e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro ecc. 5
- Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona. 4
- Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte nel thè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare il piatto di portata o altro. 3
- Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto. 2
- Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato. 1

5. IGIENE PERSONALE

- Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli) 5
- In grado di attendere all'igiene personale, ma necessità di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni 4
- Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale 3
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni 2
- Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti 1

Cognitività

1. CONFUSIONE

- E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente distrutta 1
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinare situazioni come dovrebbe 2
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo 3
- E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente 4

2. IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità 1
- Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare 2
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete 3
- Non mostra segni di irritabilità ed è calmo 4

3. IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo 1
- Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente: si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano 2
- Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione: ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti 3
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità 4

COMPROMISSIONE DI TIPO PSICHICO

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - epilessia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - disturbi della coscienza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - deficit intellettivo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - disturbi comportamentali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Comorbilità

	assente	lieve	moderata	grave	molto grave
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Cardiaca (solo cuore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre patologie Genito-Urinarie (uteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Muscolo-Scheletrico – Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrine Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totale					

DIAGNOSI: _____

DATA: _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

 Riservato al Responsabile Medico RSA

VALUTAZIONE

M_

C_

S_

IL MEDICO di Struttura

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati
personali”
e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE 2016/679

1.Perché questa Informativa?

Questa informativa serve a spiegare all’interessato le ragioni per le quali viene chiesto il suo consenso al trattamento dei dati personali, fornendogli gli elementi necessari a valutare se fornire tale consenso. L’informativa risponde ad un obbligo di legge, espressamente previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i), accoglie le indicazioni espresse dal Gruppo dei Garanti Europei (Gruppo ex art. 29 - WP131 del 2007) e dall’Autorità Garante per la Protezione dei dati personali nelle Linee Guida in tema di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e di dossier sanitario, emesse il 16 luglio 2009 e le indicazioni previste dal Codice Europeo n. 679/16.

2.Qual è il trattamento per cui si richiede il consenso?

Il trattamento per cui si richiede il consenso è quello concernente il trattamento dei dati personali e sanitari che sarà effettuato da ASP di Pavia solo con il consenso dell’interessato. E’ un trattamento di dati personali sanitari costituito da un complesso di operazioni tra cui la raccolta, l’utilizzo, la comunicazione dei dati, ecc., così come descritte dall’art. 4, co. 1, lett. a) del Codice per il trattamento dei dati personali.

Le finalità del trattamento dei dati sono quelli di cui al punto 4 della presente informativa ed il consenso si esprime alla struttura socio-sanitaria per ottenere la prestazione richiesta.

3.Qualì dati sono trattati ?

Fanno parte del trattamento i dati anagrafici e sanitari dell’interessato, in particolare: prescrizioni, patologie, eventi sanitari, referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, piani terapeutici, dati relativi alle cure in corso.

4.Finalità

Le finalità del trattamento sono quelle di prevenzione, diagnosi, ricovero, cura e riabilitazione e sono perseguite dai soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei Servizi socio-sanitari regionali che prendono in cura l’interessato.

5.Modalità del trattamento

I dati dell’interessato sono trattati con strumenti elettronici e cartacei e sono trasmessi attraverso reti telematiche in caso di richiesta da parte di altre Strutture Sanitarie o per rendicontazioni di attività effettuate nell’ambito delle attività di verifica e controllo condotte da ATS o Regione.

Ogni operazione su tali dati avviene con un livello di sicurezza elevato. In particolare, sono adottate tutte le misure di protezione indicate nella normativa sulla protezione dei dati personali. I dati sanitari sono separati dai dati identificativi, sono firmati digitalmente e sono crittografati. L’autenticazione del personale per l’accesso ai dati avviene mediante procedura basata su firma elettronica, attraverso un’apposita carta a microprocessore.

I dati sono conservati per il tempo previsto dalla normativa vigente. All’interessato è data la possibilità di esercitare a più livelli il controllo sul trattamento dei suoi dati, come illustrato dal punto 12 della presente informativa.

6. Conferimento dei dati e conseguenze dell’eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati personali per il trattamento non è di natura obbligatorio. Il rifiuto al conferimento comporta però, l’impossibilità di fruire servizio stesso.

7.Chi presta il consenso?

Soltanto l’interessato al quale i dati sanitari si riferiscono. Se l’interessato non è in grado o sotto tutela, sono i soggetti che hanno la potestà legale a esprimere il consenso. E’ valido anche il consenso verbale.

8.Soggetti che possono accedere al Trattamento una volta prestato il consenso

Soltanto con il consenso dell’interessato e sempre nel rispetto del segreto professionale, i soggetti che possono accedere al Trattamento sono i medici, il personale sanitario e socio sanitario di ASP e il personale

amministrativo per lo svolgimento delle pratiche connesse, oltre all'interessato.

9. Accesso in stato di emergenza

Il personale sanitario può accedere, senza le autorizzazioni previste nel punto 8, ai dati dell'interessato nei casi di emergenza sanitaria, igiene pubblica, rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato. Lo stato di emergenza è esplicitamente dichiarato e sottoscritto dal medico. Tali dichiarazioni sono memorizzate.

10. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento dei dati, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali è ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia, nella figura del Legale Rappresentante.

11. Categorie di incaricati

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali sono incaricati del trattamento i medici e il personale socio sanitario e sanitario specificatamente designati, comunque vincolati all'obbligo del segreto professionale.

12. Esercizio dei diritti dell'interessato

Ai sensi dell'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali L.196/03 ed ai sensi dell'art.15 e succ.vi del Reg.Eur.679/16 l'interessato può far valere i seguenti diritti:

- diritto di accesso ai dati, richiedendo le seguenti informazioni: origine dei dati; finalità e modalità del trattamento; logica applicata al trattamento; estremi identificativi del titolare e dei responsabili; soggetti o categorie di soggetti cui i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o di incaricati;
- diritto di richiedere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati;
- diritto di richiedere la cancellazione (diritto all'oblio), la trasformazione in forma anonima dei dati ed il blocco dei dati se trattati in violazione di legge, fatti salvi tutti gli obblighi di conservazione imposti dalla legge;
- diritto di limitazione di trattamento;
- diritto alla portabilità dei dati;
- diritto di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati. L'interessato può far valere i summenzionati diritti rivolgendo istanza al titolare attraverso Avv. M. Niutta Direttore Generale di ASP Viale Matteotti, 63 – 27100 Pavia nei termini degli artt. 8-10 del Codice in materia di protezione dei dati personali.

13. Informazioni pratiche

L'interessato può esprimere il consenso firmando l'allegato documento:

Per ogni altra informazione sulle finalità perseguite e le funzionalità disponibili è possibile rivolgersi al Numero 0382381360

Per avere informazioni su come presentare istanze relative all'esercizio dei diritti di cui sopra, l'interessato può rivolgersi all'URP di ASP Viale Matteotti, 63 – 27100 Pavia o info@asppavia.it

**Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati in forma scritta
in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati
personali”
e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE 2016/679**

Luogo Data

Il/La sottoscritto/a, Cognome Nome

Acquisite le informazioni contenute nell’Informativa allegata

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati ai fini diagnostici, terapeutici e per il relativi adempimenti amministrativi

- Firma leggibile

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell’informativa.

Firma leggibile

**Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati in forma scritta
Espressione del consenso del Tutore/Curatore per conto dell'interessato inabilitato
in applicazione del "Codice in materia di protezione dei dati
personali"
e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE 2016/679**

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

In via _____

in qualità di

- Tutore/Amministratore di Sostegno
- Familiare
- Prossimo congiunto
- Convivente

acquisite le informazioni contenute nell'Informativa allegata

presta il suo consenso per il trattamento dei dati ai fini diagnostici, terapeutici e per il relativi adempimenti amministrativi in nome e per conto del/la signor/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

In via _____

Firma _____

Luogo Data