



**ASP**

Istituzioni Assistenziali  
Riunite di Pavia

**RSD “G. EMILIANI”**  
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**
- **SCHEMA SOCIALE**
- **SCHEMA 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**

**ISTITUTO RSA F. PERTUSATI – VIALE MATTEOTTI, 63, PAVIA**

**NEI SEGUENTI GIORNI:**

**Lunedì – Mercoledì – Venerdì**

**dalle ore 11.00 alle ore 13.00 o per e mail: [info@asppavia.it](mailto: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 NELLA RSD "G.EMILIANI" È SUBORDINATA ALL'ESITO DI UNA VISITA MEDICA DA PARTE DELLA COMMISSIONE MEDICA.

1. 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);**
- **LETTERA DEL MEDICO CURANTE NELLA 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 OSPITALITÀ' –**



L'importo della retta giornaliera è:

- € 60,50 al giorno

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 3 giorni di preavviso.

## • *Come si svolgerà il ricovero?*

- ◆ L'Ufficio di Statistica vi contatterà telefonicamente per indicarvi il giorno e l'ora del ricovero.



- ◆ Il giorno fissato per il ricovero, i familiari con il congiunto che deve essere ricoverato si presenteranno presso la Direzione Medica per la consegna dei documenti.



Il nuovo Ospite sarà accolto dall'Assistente Sanitaria che lo accompagnerà presso la sua camera di degenza dove vi saranno anche le Educatrici ad aspettarlo per l'inserimento

- ◆ Nel frattempo i familiari si recheranno presso l'ufficio di Statistica per il pagamento della retta di degenza.





**ASP**

Istituzioni Assistenziali  
Riunite di Pavia

**RSD “G. EMILIANI”**  
V.le Matteotti, 63  
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

**SCHEDA ANAGRAFICA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_ Cognome e nome del coniuge \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione esercitata prima del pensionamento \_\_\_\_\_

Tipo di Pensione:

|                          |              |                          |               |
|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Anzianità    | <input type="checkbox"/> | Reversibilità |
| <input type="checkbox"/> | Invalidità   | <input type="checkbox"/> | Nessuna       |
| <input type="checkbox"/> | Altro: _____ |                          |               |

N. tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Esenzione ticket n. \_\_\_\_\_

Usufruisce di assegno di accompagnamento? ☐ sì ☐ domanda presentata ☐ no

Usufruisce di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? ☐ sì ☐ no

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

(specificare parentela o se soggetto civilmente obbligato): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ASP**

Istituzioni Assistenziali  
Riunite di Pavia

**RSD “G. EMILIANI”**  
V.le Matteotti, 63  
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

**SCHEDA SOCIALE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \

Provenienza ospite:

Residenza: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Eventuali ricoveri in altri Istituti. \_\_\_\_\_

Motivo della richiesta di istituzionalizzazione:

|                          |                                                |                          |                                         |                          |                             |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Perdita autonomia<br>(Decorso degenerativo)    | <input type="checkbox"/> | Insufficienza del supporto<br>familiare | <input type="checkbox"/> | Alloggio non idoneo         |
| <input type="checkbox"/> | Stabilizzazione stato clinico<br>(Post Acuzie) | <input type="checkbox"/> | Solitudine                              | <input type="checkbox"/> | Altra motivazione sanitaria |

Composizione del Nucleo familiare:

Padre ☒ Madre ☒ Fratelli/sorelle ☒ Care giver/AdS ☒

Specificare:

---

---

---



**ASP**

Istituzioni Assistenziali  
Riunite di Pavia

**RSD “G. EMILIANI”**  
V.le Matteotti, 63  
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PERSONALE**  
(da compilarsi da parte del medico di famiglia)

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 VICEVERSD (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



| <b>Autonomia delle funzioni primarie</b> |                 |                        |                   |
|------------------------------------------|-----------------|------------------------|-------------------|
| <b>Respirazione</b>                      | nessun problema | ventilatore            | broncoaspirazione |
| <b>Alimentazione</b>                     | naturale        | enterale o parenterale | speciale          |
| <b>Cateterismo</b>                       | nessuno         | permanente             | intermittente     |
| <b>Evacuazione</b>                       | naturale        | assistita              |                   |
| <b>Piaghe da decubito</b>                | no              | sì                     |                   |
| <b>Controlli infermieristici</b>         | no              | continui               |                   |

| <b>Aspetti cognitivi-comportamentali</b>                             |                          |                             |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>comportamenti auto-eteroaggressivi o che comportano controllo</b> | no, solo eccezionalmente | talvolta in modo ricorrente | spesso, più volte nell'arco della settimana o del giorno |
| <b>intraprende compiti semplici</b>                                  | senza nessuna difficoltà | con difficoltà media        | con difficoltà totale                                    |
| <b>intraprende compiti articolati</b>                                | senza nessuna difficoltà | con difficoltà media        | con difficoltà totale                                    |
| <b>sa completare la routine quotidiana</b>                           | senza nessuna difficoltà | con difficoltà media        | con difficoltà totale                                    |
| <b>comunica con - riceve messaggi verbali</b>                        | senza nessuna difficoltà | con difficoltà media        | con difficoltà totale                                    |
| <b>comunica con - riceve messaggi non verbali</b>                    | senza nessuna difficoltà | con difficoltà media        | con difficoltà totale                                    |

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

Evento/i indice | \_\_\_\_\_ |

Data evento indice \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \    Evento collegato alla nascita   SI ☒   NO ☒

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

Terapia in atto: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

-----



ASP  
Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia  
V.le Matteotti, 63  
27100 Pavia

**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 quelle di cui al punto 4 della presente informativa ed il consenso si esprime alla struttura socio-sanitaria per ottenere la prestazione richiesta.

### **3. Quali 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@aspavia.it](mailto:info@aspavia.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 orale  
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 \_\_\_\_\_

- in qualità di dipendente di questa Azienda di Servizi alla Persona, nominato incaricato ai fini del trattamento dei dati personali, dichiaro di avere acquisito – alla presenza di due testimoni, il consenso espresso in forma orale dei dati ai fini diagnostici, terapeutici e per il relativi adempimenti amministrativi del sig./delle Sig.ra:

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

I Testimoni:

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Luogo ..... Data .....

**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 .....