

Oggetto: Richiesta di ammissione alla Casa di Riposo presso il “Centro Sociale Primavera”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_ ai sensi  
del Regolamento del Centro Sociale Primavera deliberato dal Consiglio con atto n. 106 del 27/12/2011,

CHIEDE

di essere ammesso/a presso la Casa di Riposo “Centro Sociale Primavera”. A tal proposito comunica che per gli adempimenti inerenti la presente richiesta l’Ufficio può contattare il/la sottoscritto/a ai recapiti sopra specificati, oppure può contattare il familiare Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

DICHIARA inoltre di  percepire indennità di accompagnamento  non percepire indennità di accompagnamento.

ALLEGA

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente
- scheda sanitaria

Distinti saluti

S.Benedetto del Tronto, \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_

Il familiare

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27/04/2016 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI E CHE ABROGA LA DIRETTIVA 95/46/CE (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di San Benedetto nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che i Suoi dati personali (di tipo comune, eventualmente se necessari di tipo particolare-sensibile e/o di tipo giudiziario), sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ed in particolare per adempimenti relativi all'erogazione del servizio di cui all'oggetto del modulo di richiesta ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio. In ogni momento Lei potrà chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, email: [dibattistaa@comunesbt.it](mailto:dibattistaa@comunesbt.it) (RUP) Di Battista Antonio, telefono: 0735/794583. Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati [dpo@studiopaciecsrl.it](mailto:dpo@studiopaciecsrl.it) - tel. 0541 1795431.*

*L'informativa privacy completa è disponibile presso il Settore politiche sociali, welfare dei cittadini e sviluppo strategico e sul sito istituzionale [www.comunesbt.it](http://www.comunesbt.it)*

*San Benedetto del Tronto, li .....*

*Firma per presa visione*

.....



## CENTRO SOCIALE PRIMAVERA

### SCHEDA SANITARIA

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TELEFONO FISSO \_\_\_\_\_ MOBILE \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_

GRUPPO SANGUIGNO \_\_\_\_\_

#### ***ANAMNESI FAMILIARE***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### ***ANAMNESI FISIOLOGICA***

---

---

---

---

---

---

---

---

***PATOLOGIA REMOTA***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***ESAME OBIETTIVO***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***MALATTIE IN ATTO***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***PRESENZA MALATTIE INFETTIVE***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***ULTIMO RICOVERO (Ospedale/Casa di cura e data)***

---

---

---

---

---

---

---

---

***MOTIVI DEL RICOVERO***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***ALLERGIE ALIMENTARI***

---

---

---

---

---

---

---

***ALLERGIE FARMACOLOGICHE***

---

---

---

---

---

---

---

---

***CURE MEDICHE IN ATTO (terapia in corso: indicare nome dei medicinali e modalità di somministrazione)***

---

---

---

---

***GIUDIZIO SULLO STATO DI SALUTE***

---

---

---

---

**GIUDIZIO SULLO STATO DI AUTOSUFFICIENZA FISICA E PSICHICA**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ALTRE NOTIZIE** (indicare se il soggetto fa uso di alcol, in che misura e con eventuali reazioni; indicare anche l'indole del soggetto (tranquilla, irrequieta, irascibile, aggressiva, violenta,...))

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA \_\_\_\_\_

timbro e firma del medico

---