

SCHEMA SOCIALE

DATI ANAGRAFICI	1^ COMPILAZIONE - DATA		
COGNOME			
NOME			
STATO CIVILE DATA			
DI NASCITA LUOGO			
DI NASCITA			
NAZIONALITA'			
LUOGO DI PROVENIENZA	Casa <input checked="" type="checkbox"/>	Ospedale <input checked="" type="checkbox"/>	Altro <input checked="" type="checkbox"/>
AREA RELAZIONALE			
PARENTI	figli	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Coniuge	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Eratelli	<input checked="" type="checkbox"/>	
	nipoti	<input checked="" type="checkbox"/>	
CAREGIVER (chi si occupa dell'anziano)	(specificare)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Amici		
RETI INFORMALI	Conoscenti	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Vicini di casa	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Licenza elementare	<input checked="" type="checkbox"/>	
SCOLARITA'	Licenza media	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Professionali Diploma	<input checked="" type="checkbox"/>	
	superiore Altro	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	
PROFESSIONE SVOLTA		<input checked="" type="checkbox"/>	
LINGUA	Italiano	Altra lingua	quale?
DIALETTO	<input checked="" type="checkbox"/>	Di dove?	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>		

Motivazione del ricovero _____

Consapevolezza del ricovero _____

Religione Cattolica Altra religione _____
 Praticante Non praticante

Altro:

Firma ospite/familiare/caregiver _____

Allegato al contratto d'ingresso dell'ospite

SERVIZI TERRITORIALI COINVOLTI	NOME E COGNOME		RIFERIMENTO TELEFONICO
SERVIZI SOCIALI COMUNALI			
MEDICO DI BASE			
SERVIZIO ASL			
ALTRO			
TUTELA GIURIDICA	NOME E COGNOME		RIFERIMENTO TELEFONICO
1) TUTORE (se nominato)			
2) A.D.S. (se nominato)			
ATTO DI NOMINA DI (1) O (2)			
INVALIDITA' CIVILE			
NO <input type="checkbox"/>	SI - POSSEDUTA <input type="checkbox"/>	PERCENTUALE	
INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO			
NO <input type="checkbox"/>	SI - POSSEDUTA <input type="checkbox"/>		
SITUAZIONE PENSIONISTICA			
TIPOLOGIA			
ALTRI TIPI DI SUSSIDI			
RILEVAZIONI BISOGNI OSPITE IGIENE	INDIPENDENTE	SEMI INDIPENDENTE	DIPENDENTE
PERSONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGIENE AMBIENTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPESE E DISBRIGO PRATICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SORVEGLIANZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONE COINVOLTE NEL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI:

INTERESSI/ABITUDINI DI VITA

Firma ospite/familiare/caregiver _____

Allegato al contratto d'ingresso dell'ospite

Informativa ed espressione del Consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ammissione e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti.

Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. I dati sopra riportati sono destinati esclusivamente alla Società indicata come destinatario.

La comunicazione e diffusione dei dati sopra riportati a soggetti diversi da quelli indicati, od in generale qualsivoglia utilizzo illecito dei dati ivi contenuti, è proibita ai sensi del Reg. UE/679/2016.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi del Reg. UE/679/2016, quindi ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati, conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, la limitazione di trattamento, la portabilità, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento.

In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

Per presa visione ed espressione del Consenso

Li,

L'interessato

FIRMA DELL'OSPITE

FIRMA DEL FAMIGLIARE/ TUTORE/ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
