



**RSA CASA SANT'ANGELO**  
**PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE**  
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)  
C.F. 02945990584 - P. IVA 01139221004  
Tel. 0331/923260 - Fax 0331/921244  
Mail: [amministrazione@casasantangelo.it](mailto:amministrazione@casasantangelo.it)  
PEC: [mercedarie.casasantangelo@secmail.it](mailto:mercedarie.casasantangelo@secmail.it)

### **DOMANDA DI AMMISSIONE**

#### **Dati anagrafici dell'Ospite:**

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

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Stato Civile \_\_\_\_\_ Religione \_\_\_\_\_

Codice assistito ATS (riportato sulla tessera sanitaria) n. \_\_\_\_\_

% Invalidità riconosciuta \_\_\_\_\_ %  in corso

Pensione d'indennità di accompagnamento  Sì  No  In corso

#### **Informazioni personali**

- Numero figli maschi \_\_\_\_\_ Numero figli femmine \_\_\_\_\_
- Situazione abitativa (al domicilio):
  - Vive solo;
  - Vive con altra persona (familiare, convivente, ...);
  - Vive sola con badante;
- Titolo di Studio conseguito: \_\_\_\_\_
- Ultima professione esercitata: \_\_\_\_\_
- Situazione pensionistica:
  - Nessuna pensione;
  - Anzianità/Vecchiaia (VO);
  - Sociale (PS);
  - Reversibilità (SO);
  - Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ...)

#### **Provenienza dell'Ospite:**

- Accede direttamente dal domicilio
- Dimesso da struttura ospedaliera
- Dimesso da altra struttura (Centro Diurno, ricovero di sollievo, altra RSA, ...)
- Altro \_\_\_\_\_

**Motivo della domanda:**

- Ha perso l'autonomia fisica / psichica
- La famiglia non è più in grado di provvedere
- Vive sola
- L'alloggio è inadatto
- Altro \_\_\_\_\_

**Domanda presentata da:**

- Personalmente dall'ospite;
- Dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_
- Dal Comune di \_\_\_\_\_
- Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore (allegare Decreto di nomina);
- Altro \_\_\_\_\_

**Eventuali altre persone di riferimento:**

Sig./ra \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

Sig./ra \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

Sig./ra \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare alla domanda:**

- Stato di Famiglia (anche in carta libera);
- Certificato di Residenza (anche in carta libera);
- Copia Codice Fiscale / Carta Regionale dei Servizi;
- Copia Carta d'Identità;
- Copia Verbale d'Invalidità (se riconosciuta);
- Scheda di certificazione compilata e sottoscritta dal Medico Curante;
- Scheda d'Inserimento compilata dalla famiglia o dal caregiver;
- Dichiarazione al trattamento dei dati personali;
- Obbligazione al pagamento;
- Copia Carta d'Identità persona di riferimento;
- Copia Codice Fiscale / Tessera Regionale dei Servizi persona di riferimento.

L'ammissione dell'Ospite in struttura è subordinata ad un periodo di prova di 60 giorni. Se dopo tale periodo l'esito dell'inserimento risultasse negativo non si procederà con l'ammissione definitiva.

L'Ospite ed i suoi Parenti dichiarano di accettare tutte le norme che regolano l'andamento della struttura.

Luogo \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

IL PRESENTATORE DELLA DOMANDA

L'INTERESSATO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**N.B.** Il seguente dato sarà inserito dal personale della struttura nel momento in cui verrà verificata la corretta compilazione della modulistica e la presenza di tutti i documenti allegati richiesti.

Domanda presentata in data \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI INSERIMENTO**

- RSA
- CDI
- MINIALLOGGI
- RICHIESTA DI INVALIDITA'

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Informazioni anagrafiche	
Nome _____	
Cognome _____	
Nato a _____ il ___ / ___ / _____	
Residente _____ via/piazza _____ n° _____	
<b>Parte per il Medico curante</b>	Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)
	Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse
	Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti

<p>Dispositivi in uso</p>	<p>Catetere vescicale .....</p> <p>Sondino naso-gastrico .....</p> <p>PEG ..... Catetere venoso centrale .....</p> <p>Pace-maker .....</p> <p>ICD (defibrillatore) .....</p> <p>Tracheostomia ..... Stomie .....</p> <p>Broncoaspirazione ..... Porth-a-cath .....</p> <p>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....</p> <p>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....</p> <p>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....</p>
<p>Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> <p>Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</p>	
<p>Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)</p> <p><b>ALLERGIE</b></p>	
<p>Cadute negli ultimi sei mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sì specificare .....</p> <p>.....</p>

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> <b>Stabile</b>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <b>Instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	<b><i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita:</i></b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b><i>Si richiede visita domiciliare:</i></b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

data

firma

.....

.....

**SCHEDA DI INSERIMENTO**

- RSA
- CDI
- MINIALLOGGI
- RICHIESTA DI INVALIDITA'

Informazioni anagrafiche	
Nome _____ Cognome _____	
Nato a _____ il ___ / ___ / _____ Residente _____ via/piazza _____ n° _____	
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI' NO Ente erogatore _____ Invalidità SI' NO Codice invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Assistenza Primaria	Dott./Dott.ssa _____ Tel.....
Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)	
Provenienza Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro	

Parte per la famiglia/caregiver

**Parte per la famiglia/caregiver**

Diete particolari	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare_____
Comportamenti auto lesivi	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare_____
Fumo	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Alcol	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>
Masticazione	Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/> SI' la usa <input type="checkbox"/> SI' ma non la usa <input type="checkbox"/>
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>



**Parte per la famiglia/caregiver**

Continenza vescicale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
Continenza intestinale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Vista	Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Ipo visus/cecità <input type="checkbox"/>
Udito	Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Ipoacusia/sordità <input type="checkbox"/>
Capacità di leggere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Capacità di scrivere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Linguaggio	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

<p>Mobilità</p>	<p>Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Con ausilio <input type="checkbox"/></p> <p>Protesi <input type="checkbox"/></p> <p>Allettato <input type="checkbox"/></p>
<p>Capacità di salire le scale</p>	<p>Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Con ausilio <input type="checkbox"/></p> <p>Non in grado <input type="checkbox"/></p>
<p>Trasferimento letto/carrozzina/poltrona</p>	<p>Autonomo <input type="checkbox"/></p> <p>Con aiuto <input type="checkbox"/></p> <p>Non in grado <input type="checkbox"/></p>
<p>Uso della sedia a rotelle</p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>Autonomo nell'uso SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Ausili utilizzati</p>	<p>Nessuno <input type="checkbox"/></p> <p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>Specificare quali _____</p> <p>Di proprietà <input type="checkbox"/></p> <p>Fornito da _____</p> <p>Il ____/____/____</p>
<p>Accetta la terapia</p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI' <input type="checkbox"/></p>
<p>Assume la terapia autonomamente</p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI' <input type="checkbox"/></p>
<p>Sonno - riposo</p>	<p>Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Disturbato <input type="checkbox"/></p> <p>Insonnia <input type="checkbox"/></p>

**Parte per la famiglia/caregiver**

Aggressività	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/>
Tendenza alla fuga/perdersi	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi 6 mesi	SI' <input type="checkbox"/> Numero cadute _____ NO <input type="checkbox"/>
Utilizza una contenzione	SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____ _____ NO <input type="checkbox"/>
Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

ALL'ATTO DEL RICOVERO, SI RACCOMANDA DI CONSEGNARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

data

firma

.....

.....



**RSA CASA SANT'ANGELO**  
**PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE**  
**Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)**  
**C.F. 02945990584 - P. IVA 01139221004**  
**Tel. 0331/923260 - Fax 0331/921244**  
**Mail: [amministrazione@casasantangelo.it](mailto:amministrazione@casasantangelo.it)**  
**[PEC: mercedarie.casasantangelo@secmail.it](mailto:mercedarie.casasantangelo@secmail.it)**

### **OBBLIGAZIONE DI PAGAMENTO**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

In qualità di \_\_\_\_\_

Della Sig.ra \_\_\_\_\_

Ad ogni effetto di legge, con la presente:

- Si obbliga a pagare entro il giorno 10 di ogni mese la retta in vigore presso la R.S.A. Casa Sant'Angelo per la degenza del proprio congiunto tramite Bonifico su Conto Corrente Bancario oppure tramite assegno.
- Dichiaro di conoscere e di accettare che la retta della prima mensilità sarà calcolata dal giorno di ingresso all'ultimo giorno del mese.
- Si obbliga a versare, il giorno stesso dell'inserimento del proprio congiunto in R.S.A. Casa Sant'Angelo, il bonifico del primo mese di inserimento come di sopra esposto.
- Si impegna a rispettare le norme regolamentari della R.S.A. Casa Sant'Angelo sia attuali che future.
- Dichiaro specificatamente di conoscere e accettare che la misura delle rette che può variare, in rapporto al costo del vitto e dei vari servizi.

I versamenti in conto retta debbono essere effettuati dagli ospiti o da chi per essi a rate mensili anticipate.

In caso di assenza dei ricoverati per qualsiasi motivo, deve essere corrisposta la retta nella misura intera.

La disponibilità del posto potrà cessare con provvedimento del Direttore Generale tenuto conto, soprattutto, della prolungata durata dell'assenza e della necessità di accogliere domande di ricovero di altre anziane.

Sesto Calende, data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_



**RSA CASA SANT'ANGELO**  
**PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDARIE**  
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)  
C.F. 02945990584 - P. IVA 01139221004  
Tel. 0331/923260 - Fax 0331/921244  
Mail: [amministrazione@casasantangelo.it](mailto:amministrazione@casasantangelo.it)  
PEC: [mercedarie.casasantangelo@secmail.it](mailto:mercedarie.casasantangelo@secmail.it)

## INFORMATIVA PRIVACY – DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA

Gli articoli 12, 13 e 14 del Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679 impongono al titolare del trattamento di fornire all'interessato, mediante la predisposizione di una idonea informativa privacy, tutte le informazioni necessarie per comprendere come saranno trattati i dati personali. Il titolare del trattamento deve fornire la informativa privacy all'interessato, per iscritto o con altri mezzi anche elettronici, quali la pubblicazione della informativa privacy sul sito web aziendale. Solo qualora venga espressamente richiesto dall'interessato, il titolare del trattamento è esonerato dal rendere la informativa privacy per iscritto e può fornire la informativa privacy oralmente, previa verifica ed accertamento della reale identità dell'interessato. Qualora i dati personali vengano raccolti presso l'interessato, l'articolo 13 del Regolamento Europeo Privacy impone al titolare del trattamento di fornire all'interessato, prima dell'inizio del trattamento, le seguenti informazioni tramite la informativa privacy:

- **Estremi identificativi e di contatto del Titolare del Trattamento:**

- SUOR MARIA PRETTA
- VIA GARIGLIANO, 86 - cap. 00198 città ROMA
- Tel. 06/8419031
- Mail [segreteria@cdcmercede.it](mailto:segreteria@cdcmercede.it)

- **Rappresentante del Trattamento dei Dati**


- SUOR ELEUTERIA FERRARI
- VIA SAN DONATO, 2 - cap. 21018 città SESTO CALENDE (VA)
- Tel. 0331/923260
- Mail [amministrazione@casasantangelo.it](mailto:amministrazione@casasantangelo.it)

- **Dati di contatto del Privacy Officer (Responsabile Protezione Dati)**


- Sig. ALBERTO SERRA
- VIA GARIGLIANO, 86 – cap. 00198 città ROMA
- Tel. 346/8399772
- Mail [albi.serra77@tiscali.it](mailto:albi.serra77@tiscali.it)

- **Finalità, motivazioni giuridiche e modalità del trattamento**

Assistenza sociosanitaria, normata dalla Regione Lombardia, con DGR 2569/14 in particolare ai punti 2.2.5.d Documentazione Sociosanitaria, 2.2.6 Sistema informativo e s.m.e.i. Il trattamento avviene in forma mista (cartacea e informatizzata).

	RSA CASA SANT'ANGELO PROVINCIA ITALIANA SUORE MERCEDARIE	Informativa Privacy
		Versione 1 del 27/07/2018

- **Legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi**  
Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Il trattamento dei dati è finalizzato alla assistenza sociosanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed alla ATS competente.
- **Destinatari o categorie di destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati**  
I suoi dati personali possono essere comunicati all'interno dell'Ente a quelle aziende che operano sull'Ospite sia per l'assistenza che per la ristorazione (in caso di diete speciali va specificato il tipo di problema). All'esterno i dati vengono comunicati agli organi di controllo (ATS e Regione Lombardia, Agenzia delle Entrate per il 730 precompilato, ISTAT in modo aggregato e anonimo).
- **Eventuale trasferimento dei dati personali a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale con indicazione delle eventuali garanzie privacy**  
Questa modalità non è attuata.
- **Periodo di conservazione dei dati personali o criteri utilizzati per determinare tale periodo**  
La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata.  
I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.
- **Esistenza dei diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità**  
L'interessato può accedere in qualsiasi momento ai suoi dati, chiederne la rettifica qualora non corretti, richiedere la cancellazione di dati sovrabbondanti ma non di quelli richiesti per Legge al Titolare, può limitare l'accesso dei dati ad alcune figure se questo non ha ricadute sulle sue cure, non può opporsi al trattamento perché i dati sanitari acquisiti hanno conservazione illimitata. La portabilità dei dati non è possibile per lo stesso motivo. L'interessato può invece richiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.
- **Esistenza del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento**  
L'interessato può revocare il consenso in qualsiasi momento, assumendosene le ricadute (dimissione), fermo restando l'obbligo per il Titolare di continuare a detenere illimitatamente i dati sanitari a norma di Legge, anche per futuri controlli degli organi preposti. A tal fine i documenti informatizzati originali e firmati digitalmente sono archiviati a norma di legge presso azienda terza che procede alla archiviazione sostitutiva, disponibile anche ai fini legali.
- **Diritto di poter proporre reclamo a un'autorità di controllo privacy**
- **Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento**  
Il conferimento dei dati è obbligatorio data la natura del rapporto di cura che si instaura fra interessato e Titolare

	RSA CASA SANT'ANGELO PROVINCIA ITALIANA SUORE MERCEDARIE	Informativa Privacy
		Versione 1 del 27/07/2018

- **Conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere**

*Se l'interessato si rifiuta di fornire i dati richiesti prima del ricovero, questo non potrà avvenire, mentre se questo accade mentre il ricovero, il rapporto dovrà necessariamente terminare.*

- **Esistenza di attività di profilazione o di processi decisionali automatizzati, logica utilizzata e conseguenze per l'interessato**

*Le attività di profilazione sull'utente sono disposte dalla Regione Lombardia per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare, inquadrando gli ospiti in "Classi SOSIA". Il Titolare utilizza criteri simili per stabilire la retta di soggiorno degli ospiti. Eventuali processi decisionali informatizzati derivanti sul suo stato di salute possono essere utilizzati dal personale sanitario e possono avere incidenza sul versante economico se queste modificano la classe/profilazione.*

Se l'interessato dispone già di tutte le informazioni previste dal Regolamento Privacy, il titolare del trattamento non è tenuto a fornire la informativa privacy.

Nel caso in cui i dati non siano raccolti presso l'interessato, l'articolo 14 del Regolamento Europeo Privacy impone al titolare del trattamento di indicare nella informativa privacy anche la natura dei dati raccolti e la fonte da cui provengono i dati personali e di fornire la informativa privacy: *entro un mese dalla raccolta dei dati personali, alla prima comunicazione se i dati personali devono essere trasmessi all'interessato, prima della comunicazione se i dati personali devono essere trasmessi ad un altro destinatario.*


In tal caso, il titolare del trattamento non è tenuto a fornire la informativa privacy se prova che tale adempimento: *risulti impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato, rischi di rendere impossibile o di pregiudicare gravemente il conseguimento di finalità di interesse pubblico, ricerca scientifica, storica o statistica, sia espressamente escluso dal diritto dell'Unione Europea o da una normativa di uno Stato Membro, sia escluso da una normativa Europea o di uno Stato Membro in materia di segreto professionale o segretezza.*

Il/la sottoscritto/a.....in qualità di.....

Dichiaro di aver ricevuto la presente informativa e di averne compreso i contenuti

Data.....

Firma

	RSA CASA SANT'ANGELO PROVINCIA ITALIANA SUORE MERCEDARIE	Informativa Privacy
		Versione 1 del 27/07/2018

# AUTOCERTIFICAZIONE di RESIDENZA e STATO DI FAMIGLIA

(Art. 46 - lettera b) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ 

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## D I C H I A R A di ESSERE RESIDENTE

in<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(comune di residenza) (provincia)

in via/piazza \_\_\_\_\_  
(indirizzo e numero civico)

### E CHE FAMIGLIA È COSÌ COMPOSTA:

1) il/la dichiarante

2) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

3) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

4) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

5) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

6) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

7) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

8) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(2)  
**Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)**

(1) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a.

(2) La firma non va autenticata, nè deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

**Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.**





**RSA CASA SANT'ANGELO**  
**PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE**  
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)  
C.F. 02945990584 - P. IVA 01139221004  
Tel. 0331/923260 - Fax 0331/921244  
Mail: [amministrazione@casasantangelo.it](mailto:amministrazione@casasantangelo.it)  
PEC: [mercedarie.casasantangelo@secmail.it](mailto:mercedarie.casasantangelo@secmail.it)

## **PROSPETTO TARIFFE GIORNALIERE DAL 01/03/2019**

<b>TIPOLOGIA CAMERA POSTO LETTO <u>ACCREDITATO</u></b>	<b>TARIFFA GIORNALIERA</b>
CAMERA LETTO SINGOLO	€ 70,00/giorno
CAMERA A DUE POSTI LETTO	€ 65,00/giorno
CAMERA A TRE POSTI LETTO	€ 65,00/giorno

Il costo giornaliero per posto letto ACCREDITATO è comprensivo della quota sanitaria (attività socio-sanitarie-assistenziali, fisioterapia, animazione ed infermieristica) e della quota alberghiera (ristorazione, lavanderia e pulizie), SONO INCLUSI farmaci/medicinali, presidi e ausili.

<b>TIPOLOGIA CAMERA POSTO LETTO <u>SOLVENTE</u></b>	<b>TARIFFA GIORNALIERA</b>
CAMERA LETTO SINGOLO	€ 80,00/giorno
CAMERA A DUE POSTI LETTO	€ 75,00/giorno
CAMERA A TRE POSTI LETTO	€ 75,00/giorno

Il costo giornaliero per posto letto SOLVENTE è comprensivo della quota sanitaria (attività socio-sanitarie-assistenziali, fisioterapia, animazione ed infermieristica) e della quota alberghiera (ristorazione, lavanderia e pulizie), SONO ESCLUSI farmaci/medicinali, presidi e ausili.

LA DIREZIONE  
F.to Suor Eleuteria Ferrari



**RSA CASA SANT'ANGELO**  
**PROVINCIA ITALIANA DELLE SUORE MERCEDERIE**  
Via San Donato, 2 - 21018 Sesto Calende (VA)  
C.F. 02945990584 - P. IVA 01139221004  
Tel. 0331/923260 - Fax 0331/921244  
Mail: [amministrazione@casasantangelo.it](mailto:amministrazione@casasantangelo.it)  
PEC: [mercedarie.casasantangelo@secmail.it](mailto:mercedarie.casasantangelo@secmail.it)

## **ELENCO INDUMENTI CONSIGLIATI ESTATE/INVERNO**

- Magliette intime (T-shirt in cotone)
- Camicia da notte oppure pigiama
- Cambi vestiti oppure tute
- Fazzoletti (stoffa o carta)
- Mutande (se utilizzate)
- N. 1 Paio di pantofole
- N. 1 Paio di scarpe
- Vestaglia
- Giacca per uscite
- Lenzuola
- N. 3 asciugamani

E' importante che i capi consegnati siano comodi e non eccessivamente delicati.

Ogni capo dovrà essere numerato per evitare spiacevoli inconvenienti, il numero da utilizzare verrà indicato dalla struttura.

Ogni volta che si porta un capo nuovo deve essere numerato e deve essere informato il personale di piano.

LA DIREZIONE