

## DOMANDA DI INSERIMENTO ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI BORSIERI-COLOMBO LECCO

### DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

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

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Via/P.zza/C.so \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Telefono/Cell \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Domicilio (compilare solo diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Cap \_\_\_\_\_ Via/P.zza/C.so \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

### RICHIESTA DI INSERIMENTO IN:

☐ MONOLOCALE

☐ BILOCALE

☐ BILOCALE USO SINGOLO

☐ BILOCALE CONDIVISO/DA CONDIVIDERE CON ALTRO OSPITE

☐ DEFINITIVO

☐ TEMPORANEO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

### PERSONA DI RIFERIMENTO

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

in qualità di ☐ Familiare ☐ ADS ☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Via/P.zza/C.so \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Telefono/Cell \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_



**ATTUALMENTE IL RICHIEDENTE SI TROVA**

- ☐ AL PROPRIO DOMICILIO ☐ PRESSO PROPRI FAMILIARI  
☐ ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

**MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO**

- ☐ STATO DI SALUTE ☐ PROBLEMI FAMILIARI (specificare) \_\_\_\_\_  
☐ SCELTA PERSONALE ☐ ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

**DATI PERSONALI**

**STATO CIVILE**

- ☐ CELIBE/NUBILE  
☐ CONIUGATO/A  
☐ SEPARATO/A  
☐ DIVORZIATO/A  
☐ VEDOVO/A

**SCOLARITA'**

- ☐ ANALFABETA  
☐ LICENZA ELEMENTARE  
☐ LICENZA SCUOLA MEDIA INFERIORE/AVVIAMENTO  
☐ SCUOLA PROFESSIONALE  
☐ DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE  
☐ LAUREA

**PROFESSIONE ESERCITATA NEL PERIODO LAVORATIVO:**

- ☐ NON HA MAI LAVORATO

\_\_\_\_\_ SETTORE \_\_\_\_\_ ANNI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ SETTORE \_\_\_\_\_ ANNI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ SETTORE \_\_\_\_\_ ANNI \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE ECONOMICA**

- ☐ NESSUNA PENSIONE ☐ ANZIANITA'/VECCHIAIA (VO)  
☐ MINIMA/SOCIALE (AS) ☐ REVERSIBILITA' (SO)  
☐ ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

**INVALIDITA' CIVILE**

- ☐ DOMANDA NON PRESENTATA ☐ IN CORSO ☐ RICONOSCIUTA AL \_\_\_\_\_%

**INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO**

- ☐ DOMANDA NON PRESENTATA ☐ NON RICONOSCIUTA  
☐ IN ATTESA ☐ RICONOSCIUTA

**RICONOSCIMENTO L. 104/92**

- ☐ DOMANDA NON PRESENTATA ☐ NON RICONOSCIUTA  
☐ IN ATTESA ☐ RICONOSCIUT

## RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

### ABITAZIONE

- ☐ DI PROPRIETA'  
☐ ALER

- ☐ IN AFFITTO  
☐ USUFRUTTO

### SITUAZIONE FAMILIARE

- ☐ VIVE DA SOLO/A  
☐ DA QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

- ☐ NON VIVE DA SOLO/A

### IL CONIUGE/CONVIVENTE E':

- ☐ AUTOSUFFICIENTE      ☐ PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE      ☐ NON AUTOSUFFICIENTE

### NUMERO DI FIGLI VIVENTI

- ☐ NESSUN FIGLIO      ☐ MASCHI N. \_\_\_\_\_      ☐ FEMMINE N. \_\_\_\_\_

|   | COGNOME E NOME | ETA' | INDIRIZZO (Città, via e n. civico) | TELEFONO | CONVIVENTE               |    |                          |    |
|---|----------------|------|------------------------------------|----------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1 |                |      |                                    |          | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2 |                |      |                                    |          | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3 |                |      |                                    |          | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4 |                |      |                                    |          | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

### SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE

| SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE<br><input type="checkbox"/> PULIZIA CASA<br><input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA<br><input type="checkbox"/> AUTO PER LA SPESA<br><input type="checkbox"/> PASTO CALDO<br><input type="checkbox"/> TELESOCOCCORSO<br><input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE CON FREQUENZA: _____<br><input type="checkbox"/> GERIATRA<br><input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA: _____<br><input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE<br><input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE<br><input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____ |

### MEDICO CURANTE

DR./DR.SSA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA EX ART. 13 D.L. 196/2003

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarLa che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali. (D.lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di inserimento e dar corso all'ammissione presso i minialloggi protetti è necessario che i soggetti gestori per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

**Pertanto, in mancanza del conferimento dei dati, la domanda di ammissione non può essere accolta.**

I dati acquisiti potranno essere comunicati all'ASL della provincia di appartenenza e alla Regione Lombardia per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale in caso di accreditamento e contrattualizzazione del servizio.

Si precisa che Titolare del trattamento è il Legale Rappresentante del soggetto gestore della struttura.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall'art. 7 D.lgs 196/2003.

*D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali — Art. 7 — Diritto di accesso ai dati personali*

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a. dell'origine dei dati personali;
- b. delle finalità e modalità del trattamento;
- c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;

al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
in relazione alla presente domanda di ammissione nei minialloggi protetti, e previa visione  
dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e  
relativi anche allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità  
indicate nell'informativa stessa.

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

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

**LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA:**

☐ DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO

☐ DA UN PARENTE (specificare) \_\_\_\_\_

☐ ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

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

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

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- ☐ Fotocopia Carta di Identità in corso di validità;
- ☐ Fotocopia Carta Regionale dei Servizi in corso di validità (è la tessera sanitaria);
- ☐ Fotocopia eventuale certificato vaccinale
- ☐ Fotocopia esenzione ticket;
- ☐ Fotocopia verbale invalidità;
- ☐ Fotocopie della documentazione clinica recente;
- ☐ Fotocopia di eventuale provvedimento giuridico di tutela o amministratore di sostegno;

**DOMANDA DI INSERIMENTO  
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI BORSIERI-COLOMBO  
LECCO**

**SCHEDA DI RILEVAZIONE CLINICA**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

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

PATOLOGIE DI AREA MEDICA E CHIRURGICHE ATTUALI:

---

---

---

---

PATOLOGIE DI AREA MEDICA E CHIRURGICHE IN ANAMNESI:

---

---

---

ALLERGIE E INTOLLERANZE:

---

---

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:

---

---

---

\_\_\_\_\_

MEDICO DI BASE  
(Timbro e firma)

N. TEL. \_\_\_\_\_

N. CELL. \_\_\_\_\_

# NOTIZIE SULLE ABITUDINI DI VITA, UTILI PER L'INGRESSO

## VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA

### 1- Attività quotidiane

|                 | FA DA SOLO               | RIESCE CON AIUTO         | NON FA NIENTE DA SOLO    |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CAMMINARE       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LAVARSI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VESTIRSI        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MANGIARE        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ANDARE IN BAGNO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 1.bis. Utilizzo di ausili

|              |                          |                           |                          |                  |                          |
|--------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Carrozzina   | <input type="checkbox"/> | Seggiolone polifunzionale | <input type="checkbox"/> | Deambulatore     | <input type="checkbox"/> |
| Sedia Comoda | <input type="checkbox"/> | Bastone o tripode         | <input type="checkbox"/> | Busto o corsetto | <input type="checkbox"/> |

### 2 - Porta il PANNOLONE ?

|                           |                                        |                                            |                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Se sì, perché ?           | Si <input type="checkbox"/>            | No <input type="checkbox"/>                |                                                  |
|                           | Per sicurezza <input type="checkbox"/> | Si bagna di notte <input type="checkbox"/> | Si bagna giorno e notte <input type="checkbox"/> |
| Si sporca anche di feci ? | Si, sempre <input type="checkbox"/>    | Qualche volta <input type="checkbox"/>     | No, mai <input type="checkbox"/>                 |
| Porta il catetere ?       | Sì <input type="checkbox"/>            | No <input type="checkbox"/>                |                                                  |

### 3 - Comunicazione

|                                     |                                              |                                            |                                                               |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Si fa capire bene ?                 | Sì <input type="checkbox"/>                  | A fatica <input type="checkbox"/>          | Per niente <input type="checkbox"/>                           |
| Sa dove si trova e chi è ?          | Sì <input type="checkbox"/>                  | A fatica <input type="checkbox"/>          | Per niente <input type="checkbox"/>                           |
| Com'è la memoria ?                  | Buona <input type="checkbox"/>               | Normale <input type="checkbox"/>           | Pessima <input type="checkbox"/>                              |
| Di che umore è solitamente?         | Normale <input type="checkbox"/>             | Ansioso/ depresso <input type="checkbox"/> | Non collabora <input type="checkbox"/>                        |
| Comportamento                       | Normale <input type="checkbox"/>             | Agitato <input type="checkbox"/>           | Aggressivo <input type="checkbox"/>                           |
| Cammina senza sapere dove va?       |                                              | Si <input type="checkbox"/>                | No <input type="checkbox"/>                                   |
| Dorme bene <input type="checkbox"/> | Fa fatica a dormire <input type="checkbox"/> |                                            | Dorme di giorno e non dorme di notte <input type="checkbox"/> |

### 4 - Sensi

|                  |                                |                                          |                                  |
|------------------|--------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|
| Com'è la Vista ? | Buona <input type="checkbox"/> | Ci vede poco <input type="checkbox"/>    | Cecità <input type="checkbox"/>  |
| Com'è l' Udito ? | Buono <input type="checkbox"/> | Ci sente poco <input type="checkbox"/>   | Sordità <input type="checkbox"/> |
| Parla Bene ?     | Sì <input type="checkbox"/>    | Si capisce poco <input type="checkbox"/> | Mutismo <input type="checkbox"/> |

### 5 - E' in cura dallo Psichiatra ?

|                                   |                                                         |                                              |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Si <input type="checkbox"/>       | No <input type="checkbox"/>                             | Si, solo in passato <input type="checkbox"/> |
| Ha subito ricoveri psichiatrici ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Quante volte?                                |

### 6- Situazione sociale attuale

|                                  |                                      |                                       |                                  |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| La persona si trova:             |                                      |                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> a casa  | <input type="checkbox"/> in ospedale | <input type="checkbox"/> in altra RSA | <input type="checkbox"/> altro   |
| Chi lo aiuta:                    |                                      |                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> parenti     | <input type="checkbox"/> amici        | <input type="checkbox"/> badante |

### 7 - Capacità di prendere decisioni o svolgere pratiche autonomamente

|                                                                                                  |                                                                            |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indipendente in tutto                                                   | <input type="checkbox"/> Si fa aiutare da un familiare                     | <input type="checkbox"/> Si fa aiutare da amici |
| <input type="checkbox"/> Si fa assistere da un amministratore di sostegno nominato dal Tribunale | <input type="checkbox"/> E' sostituito da un Tutore nominato dal Tribunale |                                                 |

### CHI HA COMPILATO QUESTO FOGLIO:

|                                                      |                                                   |                                                            |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> L'interessato               | <input type="checkbox"/> Parente/famigliare/amico | <input type="checkbox"/> Medico / Infermiera dell'Ospedale |
| <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale | <input type="checkbox"/> Assistente Sociale       | <input type="checkbox"/> Altro                             |

FIRMA .....

DATA.....

**INFORMATIVA PRIVACY**  
**Regolamento 679/2016/UE**  
***Informativa Interessati – Ospiti/Pazienti***

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, informiamo che Fondazione Sacra Famiglia ETS, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei (di seguito anche "Interessato") forniti per iscritto o verbalmente e liberamente comunicati. Fondazione Sacra Famiglia ETS garantisce che il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della Sua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale.

**1. Finalità del trattamento dei dati personali (Art. 13.1.c Regolamento 679/2016/UE)**

Tutti i dati personali degli interessati, ed eventualmente quelli appartenenti a categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE o relativi a condanne penali e reati ai sensi dell'art. 10 del Regolamento UE, sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6.1.b Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario per adempiere ad adempimenti previsti da leggi, da regolamenti, dalla normativa comunitaria (art. 6.1.c Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario per tutelare un interesse vitale dell'interessato o di un'altra persona fisica qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso (art. 9.2.c Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica (art. 6.1.d Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento (art. 6.1.e e art. 9.2.g Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o ogniqualvolta le autorità giurisdizionali esercitano le loro funzioni giurisdizionali (art. 9.2.f Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità (art. 9.2.h Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale (art. 9.2.i Regolamento 679/2016/UE);
- il trattamento è necessario ai fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici (art. 9.2.j Regolamento 679/2016/UE).

In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'interessato verranno trattati:

- inserimento nelle anagrafiche e nei database informatici;
- erogazione di prestazioni e servizi sanitari e assistenziali volti alla cura dell'Interessato;
- gestione della prestazione richiesta dall'Interessato;
- gestione di obblighi di natura contabile e fiscale;
- rendicontazione nei confronti degli Enti ai quali la normativa riconosce poteri di monitoraggio e controllo nei confronti di Fondazione Sacra Famiglia ETS;
- ottemperare a specifiche esigenze.

**1.1.** Previo esplicito consenso scritto dell'Interessato, i dati forniti potranno essere utilizzati per l'invio di materiale informativo, promozionale e/o pubblicitario, per effettuare ricerche di mercato, per comunicazioni commerciali e per attività di vendita diretta sui servizi e prodotti offerti da Fondazione Sacra Famiglia ETS, tramite SMS (o strumenti analoghi), posta elettronica, fax e/o strumenti tradizionali (chiamata con operatore telefonico, chiamata preregistrata e posta cartacea).

La liceità di trattamento dei dati personali per le finalità promozionali (marketing) si fonda sul libero, espresso ed esplicito consenso scritto dell'Interessato (art. 6.1.a Regolamento 679/2016/UE).

**1.2.** Previo esplicito consenso scritto dell'Interessato, i dati forniti potranno essere utilizzati per la partecipazione, previo apposito invito, ad eventi organizzati per raccogliere fondi (attività di *fundraising*).

La liceità di trattamento dei dati personali per la finalità illustrata (*fundraising*) si fonda sul libero, espresso ed esplicito consenso

scritto dell'Interessato (art. 6.1.a Regolamento 679/2016/UE).

## **2. Le modalità del trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali dell'Interessato avviene presso le sedi e gli uffici del Titolare o, qualora fosse necessario, presso i soggetti indicati al paragrafo 4, utilizzando sia supporti cartacei che informatici, per via sia telefonica che telematica, anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, con l'osservanza di ogni misura cautelativa che ne garantisca la sicurezza e la riservatezza.

Il trattamento si svilupperà in modo da ridurre al minimo il rischio di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato, di trattamento non conforme alle finalità della raccolta dei dati stessi. I dati personali dell'Interessato sono trattati:

- nel rispetto del principio di minimizzazione, ai sensi degli articoli 5.1.c e 25.2 del Regolamento 679/2016/UE;
- in modo lecito e secondo correttezza.

I dati personali dell'Interessato sono raccolti:

- per scopi determinati espliciti e legittimi;
- esatti e se necessario aggiornati;
- pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità del trattamento.

## **3. Natura della raccolta e conseguenze di un eventuale mancato conferimento dei dati personali (Art. 13.2.e Regolamento 679/2016/UE)**

Il conferimento dei dati personali dell'Interessato è obbligatorio per le finalità previste al paragrafo 1. Il loro mancato conferimento comporta la mancata erogazione del servizio richiesto, del suo corretto svolgimento e degli eventuali adempimenti di legge. I dati personali dell'Interessato sono conservati presso la sede di Fondazione Sacra Famiglia ETS. Il conferimento dei dati personali per le finalità di cui al paragrafo 1.1., 1.2. è facoltativo. Il mancato conferimento comporta l'impossibilità di utilizzo dei dati personali dell'Interessato per la finalità indicate ai rispettivi paragrafi, ma non pregiudica in alcun modo l'esecuzione delle prestazioni cliniche richieste e la possibilità di accedere alle cure sanitarie da parte dell'Interessato. Qualora fosse necessario, i dati personali dell'Interessato possono essere conservati anche da parte degli altri soggetti indicati al paragrafo 4.

## **4. Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali (Art. 13.1.e Regolamento 679/2016/UE)**

I dati personali dell'Interessato, qualora fosse necessario, possono essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati) a:

- soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria;
- collaboratori, dipendenti e consulenti di Fondazione Sacra Famiglia ETS, nell'ambito delle relative mansioni e/o di eventuali obblighi contrattuali, compresi gli Autorizzati al trattamento nominati ai sensi del Regolamento 679/2016/UE;
- fornitori, compresi i Responsabili del trattamento dei dati designati ai sensi dell'art. 28 del Regolamento 679/2016/UE, che agiscono per conto di Fondazione Sacra Famiglia ETS;
- soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale alla gestione della prestazione richiesta, nei modi e per le finalità sopra illustrate;
- uffici postali, spedizionieri e corrieri per l'invio di documentazione e/o materiale;
- istituti bancari per la gestione d'incassi e pagamenti derivanti dall'esecuzione dei contratti.

Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati. I dati personali dell'Interessato non vengono in alcun caso diffusi (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati), fatti salvi gli obblighi di legge.

## **5. Titolare del trattamento dei dati personali (Art. 13.1.a Regolamento 679/2016/UE)**

Il Titolare del trattamento dei dati personali è Fondazione Sacra Famiglia ETS. Alla data odierna, ogni informazione inerente il Titolare, congiuntamente all'elenco aggiornato dei Responsabili e degli Amministratori di sistema designati, è reperibile presso la sede di Fondazione Sacra Famiglia ETS, in Piazza Mons. Moneta, 1 - 20090 Cesano Boscone (MI). PEC

## **6. Data Protection Officer (DPO)/Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 13.1.b Regolamento 679/2016/UE)**

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare è il seguente soggetto:

| DPO     | P.IVA       | Via/Piazza                  | CAP   | Comune | Nominativo del DPO |
|---------|-------------|-----------------------------|-------|--------|--------------------|
| LTA Srl | 14243311009 | Via della Conciliazione, 10 | 00193 | Roma   | Luigi Recupero     |

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede di Fondazione Sacra Famiglia ETS in Piazza Mons. Moneta, 1 – 20090 Cesano Boscone (MI). In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer può essere contattato utilizzando il seguente recapito del Titolare: [privacy@sacrafamiglia.org](mailto:privacy@sacrafamiglia.org)

#### **7. Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione (Art. 13.2.a Regolamento 679/2016/UE)**

Fondazione Sacra Famiglia ETS dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per il periodo necessario a rispettare i termini di conservazione stabiliti dalla normativa di settore attualmente in vigore e comunque per un periodo non superiore a quello necessario per la gestione dei possibili ricorsi/contenziosi. I dati personali conferiti per le finalità di cui ai punti 1.1, 1.2 sono conservati fino alla revoca del consenso da parte dell'Interessato e comunque per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'eventuale gestione dei possibili ricorsi/contenziosi.

#### **8. Diritti dell'Interessato (Art. 13.2.b Regolamento 679/2016/UE)**

Si comunica che, in qualsiasi momento, l'Interessato può esercitare:

- diritto di revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca, ex Art. 7. 3 Regolamento 679/2016/UE;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex art. 15 Regolamento 679/2016/UE, di poter accedere ai propri dati personali;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex art. 16 Regolamento 679/2016/UE, di poter rettificare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex art. 17 Regolamento 679/2016/UE, di poter cancellare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex art. 18 Regolamento 679/2016/UE, di poter limitare il trattamento dei propri dati personali;
- diritto di opporsi al trattamento ex art. 21 Regolamento 679/2016/UE.

L'interessato può esercitare i diritti di cui sopra con richiesta rivolta senza formalità al titolare del trattamento dei dati personali mediante consegna a mano, posta tradizionale, lettera raccomandata, fax o tramite posta elettronica al seguente indirizzo [privacy@sacrafamiglia.org](mailto:privacy@sacrafamiglia.org). Per facilitare l'esercizio di tali diritti, l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali italiana ha predisposto uno specifico modulo scaricabile dal sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)

#### **9. Diritto di presentare reclamo (Art. 13.2.d Regolamento 679/2016/UE)**

L'Interessato ha sempre il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali per l'esercizio dei propri diritti o per qualsiasi altra questione relativa al trattamento dei propri dati personali.

#### **10. Fonte da cui hanno origine i dati (Art. 14.2.f Regolamento 679/2016/UE)**

I dati personali che non sono stati ottenuti presso l'interessato sono acquisiti d'ufficio presso altri Enti, presso altre Pubbliche Amministrazioni o soggetti terzi.

**Il/la sottoscritto/a** (cognome e nome) .....

**dichiara**

di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento.

**Luogo e data**

**Firma**

**Schema A (se firma direttamente l'utente maggiorenne)**

**Il/la sottoscritto/a** (*cognome e nome*) .....

☐ **presta il consenso**

☐ **nega il consenso**

alla finalità indicata al paragrafo 1.1, ossia affinché i propri dati personali possano essere utilizzati per l'invio di materiale informativo, promozionale e/o pubblicitario, per effettuare ricerche di mercato, per comunicazioni commerciali e per attività di vendita diretta sui servizi e prodotti offerti dal Titolare, tramite SMS (o strumenti analoghi), posta elettronica, fax e/o strumenti tradizionali (chiamata con operatore telefonico, chiamata preregistrata e posta cartacea).

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

☐ **presta il consenso**

☐ **nega il consenso**

alla finalità indicata al paragrafo 1.2, ossia affinché i propri dati personali possano essere utilizzati per la partecipazione, previo apposito invito, ad eventi organizzati per raccogliere fondi (attività di *fundraising*).

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Schema B (Se firma un familiare/rappresentante legale)****Il/la sottoscritto/a** (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

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

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Recapito mail: \_\_\_\_\_

in qualità di:

- |                                                        |         |       |         |       |
|--------------------------------------------------------|---------|-------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> Tutore/ADS                    | di Nome | _____ | Cognome | _____ |
| <input type="checkbox"/> Curatore/Procuratore          | di Nome | _____ | Cognome | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prossimo congiunto            | di Nome | _____ | Cognome | _____ |
| <input type="checkbox"/> Familiare (indicare il grado) | di Nome | _____ | Cognome | _____ |

☐ Responsabile della struttura presso cui l'interessato dimora☐ presta il consenso☐ nega il consenso

alla finalità indicata al paragrafo 1.1, ossia affinché i dati personali del minore (o altro) possano essere utilizzati per l'invio di materiale informativo, promozionale e/o pubblicitario, per effettuare ricerche di mercato, per comunicazioni commerciali e per attività di vendita diretta sui servizi e prodotti offerti da Fondazione Sacra Famiglia, tramite SMS (o strumenti analoghi), posta elettronica, fax e/o strumenti tradizionali (chiamata con operatore telefonico, chiamata preregistrata e posta cartacea).

**Luogo e data** \_\_\_\_\_**Firma** \_\_\_\_\_☐ presta il consenso☐ nega il consenso

alla finalità indicata al paragrafo 1.2, ossia affinché i dati personali del minore (o altro) possano essere utilizzati per la partecipazione, previo apposito invito, ad eventi organizzati per raccogliere fondi (attività di *fundraising*).

**Luogo e data** \_\_\_\_\_**Firma** \_\_\_\_\_