

DOMANDA DI VALUTAZIONE

Tipologia di ricovero richiesto:

residenziale (RSD) ☐

Forme di ricovero:

accreditato ☐

Desidera che la domanda venga valutata anche presso le altre sedi della Fondazione?

Sì tutte ☐

Solo sede di:

☐ Cesano Boscone (MI)

☐ Settimo Milanese (MI)

☐ Cocquio Trevisago (VA)

☐ Inzago (MI)

☐ _____

☐

Generalità dell'interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero):

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Sesso: M ☐ F ☐ Codice fiscale: _____

Stato civile: nubile/celibe ☐ ; coniugato/a ☐; vedovo/a ☐; separato/a ☐; divorziato/a ☐

Residente nel comune: _____ PROV. _____

In via _____ cap _____

Tel.: _____ Mail: _____

Da che anno è residente presso questo comune? _____

Il comune di competenza è a conoscenza della presentazione della domanda di ingresso?

☐ sì ☐ no

ATS di competenza: _____

Medico di Medicina Generale Dott./ssa _____

Tel.: _____ Mail: _____

Generalità del tutore o amministratore di sostegno (se già nominato)

☐ Amministratore di sostegno

☐ Tutore

☐ Curatore

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente nel comune: _____ PROV. _____

In via _____ cap _____
Codice fiscale: _____
Atto di nomina n° _____ del Tribunale di _____
Tel. _____ Mail _____

Persona di riferimento 1:

Cognome _____ Nome _____
Grado di parentela _____
Nato/a il _____ a _____
Residente nel comune: _____ Prov _____
In via _____ cap _____
Tel.: _____ Mail: _____

Persona di riferimento 2:

Cognome _____ Nome _____
Grado di parentela _____
Nato/a il _____ a _____
Residente nel comune: _____ PROV _____
In via _____ cap _____
Tel. _____ Mail _____

Attualmente il soggetto per cui si presenta domanda di valutazione si trova:

- | | |
|--|--|
| ☐ Al proprio domicilio; | ☐ Presso propri familiari |
| Usufruisce di: ☐ ADI | Usufruisce di: ☐ ADI |
| ☐ altri servizi domiciliari (indicare quali)
_____ | ☐ altri servizi domiciliari (indicare quali)
_____ |
| ☐ in ospedale (indicare quale) | ☐ in struttura riabilitativa (indicare quale) |

Reparto: _____

Da quale data: _____

☐ in struttura protetta (indicare quale)

Reparto: _____

Da quale data: _____

Reparto: _____

Da quale data: _____

☐ in RSD (indicare quale)

☐ in RSA (indicare quale): _____

Precedentemente dove si trovava?

Motivi della domanda di ricovero:

☐ salute

☐ sociali

☐ assistenziali

☐ trasferimento da altra struttura

Situazione economica del soggetto per il quale si chiede la valutazione:

☐ INPS cat. VO vecchiaia n. _____

☐ INPS cat. IO invalidità n. _____

☐ INPS cat. SO reversibilità n. _____

☐ INPS cat. PS sociale n. _____

☐ Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n. _____

☐ Invalidità civile n. _____

☐ Altro _____

Accertamento invalidità civile:

☐ in corso

☐ accertata di grado _____%

☐ domanda non presentata

Indennità di accompagnamento:

☐ non riconosciuta

☐ in attesa

☐ domanda non presentata

Fondazione Sacra Famiglia ETS

Inzago

Via Boccaccio, 18

20065 Inzago (MI)

Tel. 02 954396

e-mail inzago@sacrafamiglia.org

Sede legale

P.zza Monsignor Luigi Moneta, 1

20090 Cesano Boscone (MI)

Tel. 02 456771

Sito www.sacrafamiglia.org

P.iva 00795470152

C.F. 03034530158

Numero REA MI – 2612589

Codice Destinatario SDI: ZS100U1

IBAN IT19Q0623001633000015149982

CCP 13557277

- ☐ riconosciuta n. _____ tipo: ☐ cieco assoluto ☐ cieco con residuo visivo
☐ invalido 100% con accompagnamento ☐ sordomuto

Accertamento Legge 104:

- ☐ in corso ☐ sì ☐ no ☐ domanda non presentata

In merito alla decisione dell'eventuale ricovero, la persona interessata è:

- ☐ consenziente ☐ indifferente ☐ contrario ☐ non in grado di decidere
☐ non informato

Indicare gli Enti che hanno o hanno avuto in carico la persona interessata:

- ☐ Comune di _____ ☐ NPI di _____
☐ CPS di _____ ☐ altro _____
☐ altro _____ ☐ altro _____

Scolarità:

- ☐ analfabeta ☐ licenza elementare ☐ licenza scuola media inferiore
☐ scuola professionale (indicare quale) ☐ diploma scuola media sup. (indicare quale)

☐ diploma scuola media sup. (indicare quale)

Professione esercitata nel periodo lavorativo:

- ☐ non ha mai lavorato
- | | | |
|-------|----------------|---------------|
| _____ | Settore: _____ | N° Anni _____ |
| _____ | Settore: _____ | N° Anni _____ |
| _____ | Settore: _____ | N° Anni _____ |

Interessi / hobby / abitudini:

RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

Abitazione: ☐ di proprietà ☐ in affitto

Tipo di abitazione (n. locali, servizi, piano, barriere architettoniche, ecc.): _____

Elenco dei principali famigliari o parenti:

Tipo parentela	Cognome nome	Data di nascita	Residenza (indirizzo)	Telefono	Convivente	
					Sì	No

NOTE E OSSERVAZIONI:

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FOTOCOPIA:

- | | |
|---|--|
| ☐ Carta d'identità del soggetto interessato | ☐ Carta d'identità del tutore/AdS |
| ☐ Carta regionale dei servizi del soggetto interessato | ☐ Carta regionale dei servizi del tutore/AdS |
| ☐ Tessere di esenzione ticket | ☐ Verbale d'invalidità |
| ☐ Verbale riconoscimento Legge 104 | ☐ Certificato di residenza |
| ☐ Certificato stato di famiglia | ☐ Documentazione sanitari (esiti esami/visite, ecc) |

NOME DELLA PERSONA CHE HA PROVVEDUTO A COMPILARE LA DOMANDA:

Nome e Cognome in stampatello

RUOLO DELLA PERSONA CHE HA PROVVEDUTO A COMPILARE LA DOMANDA:

- ☐ familiare
☐ tutore/AdS
☐ assistente sociale, specificare l'ente: _____
☐ altro, specificare: _____

Tel.: _____

Data compilazione: _____

Timbro e firma del compilatore: _____

VALUTAZIONE SANITARIA e ASSISTENZIALE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE:

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

PATOLOGIE presenti e giudizio di gravità

(indicare con crocetta nella colonna interessata)

Assente = nessuna compromissione d'organo / sistema

Lieve = la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.

Moderato = la compromissione d'organo / sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona.

Grave = la compromissione d'organo / sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.

Molto grave = la compromissione d'organo / sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

	1	2	3	4	5
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Patologie cardiache. Specificare: _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐
Iipertensione arteriosa. Specificare: _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐
Patologie vascolari. Specificare: _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐
Patologie respiratorie. Specificare: _____	☐	☐	☐	☐	☐

..... Necessita di assistenza respiratoria? ☐ no ☐ ossigeno occasionale ☐ ossigenoterapia con O2 gassoso ☐ ossigenoterapia con O2 liquido ☐ tracheotomia ☐ ventilazione meccanica non invasiva ☐ ventilazione meccanica invasiva					
Vista, udito, naso, gola, laringe. Specificare:	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato gastroenterico superiore. Specificare:	☐	☐	☐	☐	☐
Apparato gastroenterico inferiore. Specificare:.....	☐	☐	☐	☐	☐
Patologie epatiche. Specificare:	☐	☐	☐	☐	☐
Patologie renali. Specificare: Necessita di terapia dialitica? ☐ no ☐ sì dialisi peritoneale ☐ sì dialisi extracorporea	☐	☐	☐	☐	☐
Altre patologie genito – urinarie. Specificare:	☐	☐	☐	☐	☐
Sistema muscolo – scheletrico e cute. Specificare:	☐	☐	☐	☐	☐
Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze) Specificare:	☐	☐	☐	☐	☐
Patologie endocrino – metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare:	☐	☐	☐	☐	☐

--

[illegible]

È in cura con:

- ☐ radioterapia
- ☐ chemioterapia
- ☐ nessuna delle terapie citate

Allergie ai farmaci?

- ☐ no
- ☐ sì, quali?

Vaccinazione antipneumococcica:

- ☐ no
- ☐ sì, quando?

Il soggetto è esente allo stato attuale da malattie infettive e contagiose che ostacolano il vivere in comunità?

☐ sì

☐ no, quale malattia presenta? _____

ASPETTI COGNITIVI COMPORTAMENTALI:

Presenta comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo:

☐ no, solo eccezionalmente ☐ talvolta in modo ricorrente

☐ spesso, più volte nell'arco della settimana o del giorno

se presenti descriverne la tipologia:

.....
.....

In cura presso Servizi Psichiatrici: ☐ sì ☐ no Se sì quali:

.....

Se sì da quando:

Tentato suicidio: ☐ sì ☐ no Se sì quando:

Negli ultimi 6 mesi, sono stati utilizzati mezzi di protezione/ contenzione: ☐ sì ☐ no

Se sì quali:

Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:

	Senza nessuna difficoltà	Con difficoltà media	Con difficoltà totali
Intraprende compiti semplici	☐	☐	☐
Intraprende compiti articolati	☐	☐	☐
Sa completare la routine quotidiana	☐	☐	☐
È in grado di tollerare tempi d'attesa	☐	☐	☐
È in grado di leggere	☐	☐	☐
È in grado di scrivere	☐	☐	☐
È in grado di utilizzare il denaro	☐	☐	☐
È in grado di utilizzare il telefono	☐	☐	☐
Comunica con messaggi verbali	☐	☐	☐
Se sì specificare:	☐ linguaggio strutturato	☐ parola - frase	☐ vocalizzi
Comunica con messaggi non verbali	☐	☐	☐
Comprende un evento/storia	☐	☐	☐

Utilizza ausili per la comunicazione? ☐ no ☐ sì				
Se sì, quali (es: tablet, ecc.) ? _____				
Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:				
	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Confusione /orientamento spazio temporale	☐	☐	☐	☐
Confabulazione	☐	☐	☐	☐
Irritabilità	☐	☐	☐	☐
Irrequietezza	☐	☐	☐	☐
Vagabondaggio afinalistico	☐	☐	☐	☐
Deliri e Allucinazioni (visive e/o uditive)	☐	☐	☐	☐
Aggressività verbale	☐	☐	☐	☐
Aggressività fisica verso sè	☐	☐	☐	☐
Aggressività fisica verso altri	☐	☐	☐	☐
Pantoclastia	☐	☐	☐	☐
Apatia, ritiro sociale, perdita di interessi	☐	☐	☐	☐
tono dell'umore deflesso	☐	☐	☐	☐
Disturbi del sonno (specificare:)	☐	☐	☐	☐
Disforia / euforia e/o comportamenti disinibiti	☐	☐	☐	☐
Perdita di memoria severa o non rammenta nulla	☐	☐	☐	☐
Problemi di linguaggio e/o deficit di comprensione	☐	☐	☐	☐
Mancato riconoscimento dei familiari	☐	☐	☐	☐
Completa confusione senza capacità di relazione con l'esterno	☐	☐	☐	☐
Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi	☐	☐	☐	☐
Repentini cambiamenti dell'umore	☐	☐	☐	☐
Etilismo attuale	☐	☐	☐	☐
Etilismo pregresso	☐	☐	☐	☐
Altre dipendenze Se _____ presente, _____ quali?	☐	☐	☐	☐

STRUMENTI DI CONTENZIONE E TUTELA FISICA
Necessita di strumenti di contenzione e tutela fisica? ☐ sì ☐ no
Se sì specificare: ☐ fascia per carrozzina o poltrona ☐ spondina singola al letto

☐ divaricatore inguinale	☐ spondine bilaterali al letto
☐ corsetto con bretelle per carrozzina	☐ letto a sponde alte
☐ camicia contenitiva	☐ tavolino per carrozzina
☐ manopole	☐ lenzuola anticaduta
☐ tuta contenitiva	☐ poltrona geriatrica
☐ fasce di sicurezza (4 arti + addominale al letto)	☐ stanza di sollievo
☐ fascia pelvica/addominale	

CONTROLLO SFINTERICO				
Possiede il controllo sfinterico? ☐ sì ☐ no				
Se no specificare:				
☐ necessita di pannolone				
☐ portatore di catetere esterno				
☐ portatore di catetere vescicale a permanenza, segnalare data ultimo cambio: _____				
☐ ano artificiale				
ALIMENTAZIONE				
(barrate solo le voci interessate)				
☐ stato nutrizionale soddisfacente	☐ obesità	☐ disfagia		
☐ dieta frullata o omogeneizzata	☐ si alimenta autonomamente	☐ Malnutrizione		
☐ Rifiuto del cibo	☐ Alimentazione naturale	☐ si alimenta con aiuto		
☐ totalmente dipendente	☐ alimentazione parenterale	☐ Sondino naso-gastrico		
☐ alimentazione speciale	☐ Nutrizione enterale	☐ Gastrostomia (PEG)	/	
Digiunostomia				
☐ diabete trattato con dieta (allegarla)	☐ diabete trattato con farmaci			
Presenta allergia ad alimenti?				
☐ no	☐ sì, quali? _____			
<u>Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle</u>				
INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Usa la forchetta	☐	☐	☐	☐
Usa il cucchiaino	☐	☐	☐	☐
Usa il coltello	☐	☐	☐	☐
Sa versare da una bottiglia	☐	☐	☐	☐
Sa usare il bicchiere	☐	☐	☐	☐
Sa spezzare il pane	☐	☐	☐	☐

IGIENE PERSONALE:				
INDICI FUNZIONALI				
<u>Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:</u>				
	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Sa lavare le parti del corpo	☐	☐	☐	☐
Sa lavarsi tutto il corpo	☐	☐	☐	☐
Sa curare i denti	☐	☐	☐	☐
Sa asciugarsi	☐	☐	☐	☐
Sa curare capelli e peli	☐	☐	☐	☐
Regolazione della minzione	☐	☐	☐	☐
Regolazione della defecazione	☐	☐	☐	☐
Cateterismo: ☐ Nessuno ☐ Permanente ☐ Intermittente				
Evacuazione: ☐ naturale ☐ assistita (presenza i.p.) ☐ supportata (presenza operatore)				
Utilizza ausili per incontinenza: ☐ sì ☐ no				

INDICATORI DI MOBILITA'
Sa spostarsi usando apparecchi ausili: ☐ non necessita di usarli ☐ li usa ☐ necessita di assistenza perché non è in grado di usarli
Terapia riabilitativa in corso? ☐ no ☐ sì post acuta ☐ sì si mantenimento
Cadute negli ultimi 3 mesi: ☐ nessuna ☐ 1 – 3 volte ☐ più di tre volte
Necessita di ausili per il movimento? ☐ no ☐ sì in prestito della struttura attualmente ospitante. ☐ sì di proprietà ☐ sì di ATS
Sì, di quali ausili necessita? ☐ nessuno ☐ bastone ☐ deambulatore ☐ carrozzina ☐ carrozzina elettrica
La mobilitazione come avviene? ☐ autonomamente ☐ con aiuto di 1 persona sfruttando la stazione eretta ☐ con sollevatore

INDICI FUNZIONALI				
<u>Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:</u>				
	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Si muove su superfici diverse	☐	☐	☐	☐

	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Sa camminare attorno a degli ostacoli	☐	☐	☐	☐
Sa spostarsi all'interno della struttura	☐	☐	☐	☐
Sa trasferirsi sa seduto	☐	☐	☐	☐
Sa trasferirsi da sdraiato	☐	☐	☐	☐
Sa sdraiarsi	☐	☐	☐	☐
Sa sedersi	☐	☐	☐	☐

Presenta:

lesioni cutanee: ☐ no ☐ sì
 lesioni da decubito: ☐ no ☐ sì Sede: _____ Stadio: _____
 lesioni vascolari: ☐ no ☐ sì Sede: _____ Stadio: _____

utilizza ausili antidecubito? ☐ no ☐ sì
 se sì quali? ☐ materasso ☐ materasso ad aria ☐ cuscino ☐ altro _____
 se sì ☐ prescritti per lui ☐ di proprietà della struttura presso cui si trova

ABBIGLIAMENTO:

INDICI FUNZIONALI

Per ognuna delle seguenti voci barrare una delle caselle:

	Autonomo	con aiuto	con supervisione	Totale dipendenza
Sa mettersi indumenti	☐	☐	☐	☐
Sa togliersi gli indumenti	☐	☐	☐	☐
Sa mettersi le calzature	☐	☐	☐	☐
Sa togliersi le calzature	☐	☐	☐	☐

MEDICO CURANTE:

Nome e Cognome in stampatello

MEDICO CHE HA PROVVEDUTO A COMPILARE LA DOMANDA:

Tel.: _____

Nome e Cognome in stampatello

Indirizzo: _____

Data compilazione: _____

Timbro e firma del medico: _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- Carta d'identità in corso di validità
- Tessera sanitaria in corso di validità
- Modulo esenzione ticket
- Certificato vaccinale
- Ultimo verbale di invalidità
- Riconoscimento L.104
- Documentazione clinica recente (per pazienti affetti dal SLA allegare copia della documentazione della struttura specialistica che ha effettuato la diagnosi)
- Decreto di nomina di tutore o amministratore di sostegno
- Documentazione attestante la prescrizione di ausili (carrozzine)

La richiesta di inserimento, compilata in ogni sua parte e corredata dai documenti richiesti dovrà essere inviata via mail all'Assistente sociale Chiara Passerini:

cpasserini@sacrafamiglia.org

Fondazione Sacra Famiglia ETS

Inzago

Via Boccaccio, 18

20065 Inzago (MI)

Tel. 02 954396

e-mail inzago@sacrafamiglia.org

Sede legale

P.zza Monsignor Luigi Moneta, 1

20090 Cesano Boscone (MI)

Tel. 02 456771

Sito www.sacrafamiglia.org

P.iva 00795470152

C.F. 03034530158

Numero REA MI – 2612589

Codice Destinatario SDI: ZS100U1

IBAN IT19Q0623001633000015149982

CCP 13557277

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 assolvere 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

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. 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

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

Fondazione Sacra Famiglia ETS

Inzago

Via Boccaccio, 18

20065 Inzago (MI)

Tel. 02 954396

e-mail inzago@sacrafamiglia.org

Sede legale

P.zza Monsignor Luigi Moneta, 1

20090 Cesano Boscone (MI)

Tel. 02 456771

Sito www.sacrafamiglia.org

P.iva 00795470152

C.F. 03034530158

Numero REA MI – 2612589

Codice Destinatario SDI: ZS100U1

IBAN IT19Q0623001633000015149982

CCP 13557277

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:

- | | | |
|--|---------------|---------------|
| ☐ Tutore/ADS | di Nome _____ | Cognome _____ |
| ☐ Curatore/Procuratore | di Nome _____ | Cognome _____ |
| ☐ Prossimo congiunto | di Nome _____ | Cognome _____ |
| ☐ 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 _____