



Fondazione San Germano ETS

**RSA APERTA**  
**La Carta dei Servizi**

## *RSA Aperta*

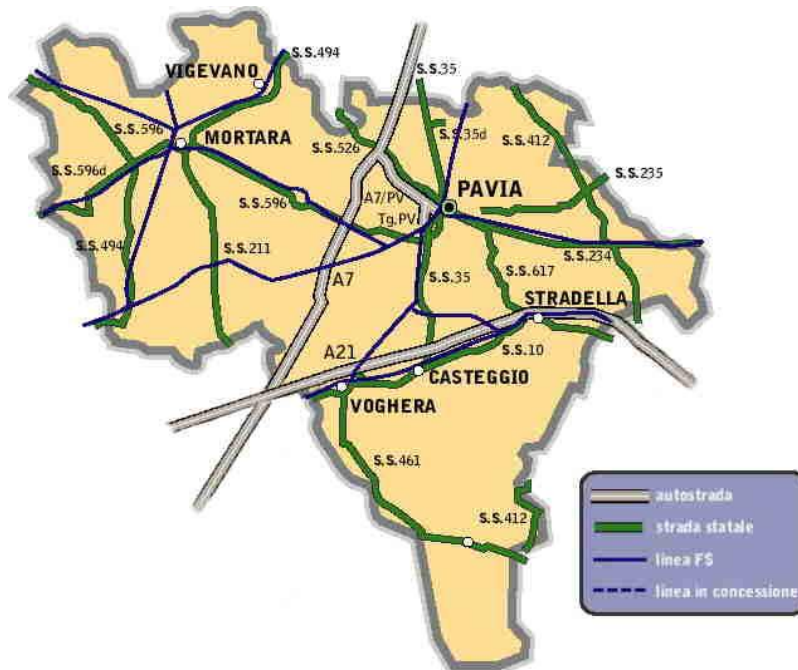


## *La Carta dei Servizi*

Via Repetti, 12  
27057 VARZI (Pavia)  
Tel. 0383/544811 Fax 0383/544872  
e-mail: [info@fondazione-sangermano.it](mailto:info@fondazione-sangermano.it)  
[www.fondazione-sangermano.it](http://www.fondazione-sangermano.it)

04	14/10/2021	
<i>Revisione</i>	<i>Data</i>	<i>Approvazione</i>

## CARTA STRADALE



### COME ARRIVARE

- IN AUTO

Da Pavia, SS 35 dei Giovi dopo il ponte del Po, prendere per Voghera, seguire la SS 461 del Penice.

Da Milano, autostrada A7 uscita Casei Gerola, direzione Voghera, seguire per Varzi (SS 461).

Da Genova, autostrada A7 uscita Tortona, direzione Voghera, seguire per Varzi (SS 461).

Da Torino/Piacenza, autostrada A21, uscita Voghera, seguire per Varzi (SS 461). Arrivati in Varzi (da Voghera), alla prima rotonda, svoltare a sinistra in Via Reppetti, la R.S.A. è situata appena dopo l'Ospedale.

Distanze stradali in KM da: Voghera 35, Pavia 55, Milano 100, Torino 155, Genova 110.

- IN TRENO

Stazione di Voghera, autolinee "ARFEA" per Varzi.

- IN AEREO

Aeroporto di Linate e Malpensa

- IN BUS

Da Voghera autolinee Voghera – Varzi

**Da Pavia, Milano ed i centri minori della Valle Staffora autolinee ARFEA ([www.arfea.it](http://www.arfea.it))**

## **La Carta dei Servizi per i Cittadini**

La CARTA DEI SERVIZI è il primo documento dal quale partire per conoscere questa FONDAZIONE: dà le informazioni essenziali per accedere ai Servizi e orientarsi nei percorsi Socio Sanitari Assistenziali generali e/o specifici destinati ad alcune tipologie di popolazione (ad es. cure domiciliari, NAP, NAT, Alzheimer, RSA Aperta ecc.)

Chi ha bisogno di entrare più nello specifico può rivolgersi ai Punti Informativi interni o agli UFFICI RELAZIONI CON IL PUBBLICO o ancora consultare altri documenti di informazione che fanno parte di un piano di comunicazione differenziato dei singoli Servizi orientata al Cittadino.

L'adozione della "Carta" ha un ruolo importante nel miglioramento della qualità dei Servizi, poiché sulla base degli impegni e delle garanzie indicate dai Reparti Operativi i Cittadini sono posti nelle condizioni di valutarne l'adeguatezza e l'affidabilità.

L'obiettivo della trasparenza e della garanzia di qualità è perseguito attraverso un lavoro che vede impegnata tutta l'organizzazione nell'analisi di ciò che funziona o non funziona, degli ostacoli da rimuovere, dei problemi da risolvere per la costruzione di percorsi sanitari equi ed in grado di rispondere ai bisogni.

Gli impegni saranno assunti tenendo conto di quegli aspetti e quei problemi per i quali il cittadino si aspetta una risposta efficiente e efficace.

Questa Carta dei Servizi sarà ampiamente diffusa ai Cittadini e a tutti gli interlocutori privilegiati che si occupano di promuovere i percorsi socio sanitari assistenziali nella nostra Istituzione.

La carta dei servizi è un documento emesso dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione San Germano ed è parte integrante del Regolamento Interno e del Contratto. Ogni variazione del presente documento verrà tempestivamente comunicata a tutti i Clienti della Fondazione San Germano.

### **PRINCIPI FONDAMENTALI**

La Fondazione San Germano si impegna a diffondere i VALORI sui quali si fonda la sua risposta socio sanitaria assistenziale

- ◆ **CENTRALITA' DEL CLIENTE/UTENTE** e la sua soddisfazione, che vuol dire attenzione ai suoi espressi e alla sua richiesta di salute;

- ◆ LA QUALITA' DEL SERVIZIO, sia nelle modalità di erogazione sia nella valutazione dei risultati ottenuti;
- ◆ DIRITTO DI SCELTA del Cittadino, secondo le disposizioni della normativa vigente, sulla base del rapporto fiduciario nei confronti della struttura e/o degli operatori;
- ◆ PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO quale diritto di far valere, anche attraverso propri rappresentanti, le sue opinioni e le sue valutazioni sui Servizi ricevuti, attivando un percorso aziendale privilegiato di ascolto delle informazioni dei Cittadini in grado di innescare processi di miglioramento;
- ◆ EQUITA' DELL'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA ASSISTENZIALE come eguaglianza nelle condizioni di accesso dei Cittadini ai Servizi e imparzialità nell'erogazione delle prestazioni;

L'attuazione di tali principi fondamentali deve essere continuamente sottoposta a verifica e a VALUTAZIONE attraverso il sistema di auto valutazione aziendale e il giudizio espresso dal Cittadino/Cliente.

- ◆ EFFICACIA DELLE PRESTAZIONI attraverso lo sviluppo della ricerca tecnologica e la crescita professionale degli operatori;
- ◆ EFFICIENZA ORGANIZZATIVA attraverso l'attivazione di percorsi e procedure che garantiscano un uso ottimale delle risorse finanziarie, tecniche ed umane disponibili;
- ◆ CONTINUITA' DELLE PRESTAZIONI Ogni persona che presta un servizio all'interno dell'Ente deve operare con imparzialità ed obiettività al fine di garantire una adeguata assistenza.
- ◆ Gli obiettivi principali del servizio di RSA Aperta possono essere così riassunti:
  - garanzia di un'elevata qualità assistenziale per offrire un'assistenza qualificata;
  - ricerca di ottimali livelli di salute;
  - sviluppo della capacità funzionale residua dell'anziano;
  - approccio globale alla persona con interventi mirati;
  - formazione continua del personale per sostenere la loro motivazione e la rivalutazione della loro preparazione professionale;
  - razionalizzazione delle spese.

Ogni intervento è caratterizzato da prestazioni sempre più qualificate dove ad un'ottima tecnica si affianca un livello di umanità indispensabile per offrire un servizio di alta qualità.

**DIRITTI E DOVERI DEI CITTADINI CHE USUFRUISCONO DEI SERVIZI SOCIO  
SANITARI ASSISTENZIALI**

***DIRITTI***

- ◆ Ogni cittadino ha diritto alla salvaguardia della propria intimità e riservatezza durante le pratiche mediche, infermieristiche, e terapeutiche.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto a essere assistito e curato con premura e attenzione, nel rispetto della propria personalità, dignità umana e ad essere trattato con cortesia, gentilezza e umanità.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto ad essere assistito e curato da operatori provvisti da cartellino di riconoscimento che renda immediatamente identificabile la persona con cui viene in contatto con –nome e qualifica professionale.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto a poter fruire della struttura secondo i principi dell'equità e dell'imparzialità senza alcuna forma di discriminazione razziale, sociale o sessuale.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto all'assistenza religiosa nel caso in cui ne faccia richiesta.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto a mantenere durante la degenza i contatti con i familiari e gli amici per un tempo il più lungo possibile durante la giornata, compatibilmente con le esigenze delle attività sanitarie e degli altri degenti.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto a essere rappresentato, all'interno della struttura, dalle associazioni di volontariato e di autotutela che compongono il Comitato degli ospiti.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto di poter accedere alla documentazione e alle informazioni sulla gestione dei Servizi nei modi e nei tempi stabiliti dalla struttura.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto di poter presentare reclami nei casi di disservizi, ritardi, atteggiamenti e comportamenti lesivi della sua dignità e del suo diritto all'assistenza.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto a ricevere dalla struttura tutte le informazioni sulle prestazioni erogate, sulle modalità di accesso.
- ◆ Ogni Cittadino ha diritto a ricevere un'informazione comprensibile e puntuale, sulla diagnosi, la terapia cui è sottoposto, sui relativi tempi di effettuazione,

sui rischi connessi, sulle controindicazioni e sulla possibilità di effettuare indagini e trattamenti alternativi.

### **DOVERI**

- ◆ Ogni Cittadino ha il dovere di fornire informazioni complete e precise sulla sua salute e sulle precedenti abitudini di vita.
- ◆ Ogni Cittadino ha il dovere di informare tempestivamente gli operatori sulla sua intenzione di rinunciare a prestazioni e cure, affinché possano essere evitati sprechi di tempo e di risorse.
- ◆ Ogni Cittadino ha il dovere di assumere le informazioni sull'organizzazione della struttura nei tempi e nelle sedi opportune.
- ◆ Ogni Cittadino ha il dovere di rispettare gli orari delle attività sanitarie e alberghiere stabiliti dalla struttura.
- ◆ Ogni Cittadino ha il dovere di tenere un comportamento responsabile nel rispetto e nella comprensione delle esigenze degli altri Cittadini e degli Operatori Socio Sanitari.
- ◆ Ogni Cittadino ha il dovere di rispettare l'ambiente, le attrezzature, gli arredi che si trovano all'interno della struttura.
- ◆ Ogni Cittadino ha il dovere di richiedere le prestazioni sanitarie nei modi e tempi previsti dai percorsi diagnostici e terapeutici.

### **ACCOGLIENZA**

- Centralino tel. 0383/544811
- Informazioni Sala Ingresso
- Ufficio Relazioni con il Pubblico: aperto nei seguenti orari: dal Lunedì al Venerdì 08.00 – 12.00 / 14.00 – 17.00. Ha funzioni di intrattenere rapporti di dialogo con le persone che usufruiscono dei servizi del centro; svolge attività di accoglienza e di tutela, facilitando l'accesso ai servizi attraverso informazioni chiare e precise sulle prestazioni erogate e sui tempi di attesa, gestisce istanze e reclami e da attuazione al principio di trasparenza dell'attività amministrativa. Raccoglie suggerimenti e osservazioni, rileva i bisogni e il livello di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogate e collabora per adeguare

conseguentemente i fattori che determinano la qualità, coltiva rapporti di collaborazione, di confronto e di verifica con le Associazioni di Volontariato per migliorare tutti gli aspetti possibili che riguardano l'umanizzazione.

### ***DEFINIZIONE DI RSA APERTA***

Il servizio di RSA aperta è stato introdotto con la DGR 856/2013, ulteriormente specificato con la DGR 2942/2014 e recentemente modificata dalla DGR 7769/2018 e della DGR 4773/2021.

È rivolto alle persone affette da demenza e alle persone non autosufficienti che abbiano compiuto i 75 anni di età ed in possesso di invalidità civile riconosciuta al 100%.

Ulteriore condizione per l'accesso è la disponibilità/presenza di almeno un caregiver familiare e/o professionale, che presta assistenza nell'arco della giornata o della settimana.

### ***OBIETTIVI***

Preso in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer e alle persone non autosufficienti che abbiano compiuto i 75 anni di età da parte della RSA erogabili sia presso il domicilio della persona che presso la RSA.

### ***FUNZIONAMENTO***

Il Servizio assicura ai soggetti anziani, residenti nel Comune di Varzi, nei Comuni della CMOP e nei Comuni limitrofi i servizi che vengono ritenuti coerenti con il fabbisogno dell'assistito.

### ***PRESTAZIONI PRINCIPALI***

A titolo esemplificativo si riportano di seguito alcune delle prestazioni che possono concorrere alla composizione del pacchetto.

## ***INTERVENTI PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA CERTIFICATA***

Gli interventi che si rivolgono alle persone affette da demenza sono differenziati in relazione al livello di gravità della malattia. La differenziazione riguarda sia la tipologia degli interventi che gli ambiti, la durata e le modalità di erogazione. I servizi erogabili sono:

- Stimolazione cognitiva
- Consulenza alla famiglia per gestione disturbi comportamentale
- Supporto psicologico al caregiver
- Ricoveri di sollievo
- Interventi di stimolazione/mantenimento capacità motoria
- Igiene personale completa
- Sostegno in caso di disturbi del comportamento
- Consulenza e addestramento alla famiglia/caregiver per l'adattamento e la protesizzazione degli ambienti abitativi
- Interventi di riabilitazione motoria
- Nursing
- Interventi per malnutrizione/disfagia

## ***INTERVENTI RIVOLTI AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI***

Gli interventi previsti per questa utenza sono relativi alla consulenza alla famiglia/caregiver e all'erogazione di servizi per il mantenimento delle capacità residue dell'utente. I servizi erogabili sono:

- Interventi di mantenimento delle abilità residue
- Consulenza e addestramento alla famiglia/caregiver per l'adattamento e la protesizzazione degli ambienti abitativi
- Consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifiche relative ad alimentazione
- Consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifiche relative all'igiene personale
- Interventi al domicilio occasionali e limitati nel tempo in sostituzione del caregiver
- Accoglienza in RSA per supporto a caregiver solo in territori sprovvisti di CDI

È inoltre possibile usufruire dei seguenti servizi a pagamento:

- Ricovero di sollievo (numero due di posti letto messi a disposizione presso la Struttura). La retta giornaliera a carico dell'ospite residente a Varzi è di € 50,83 e di € 52,83 per residenti in altri comuni.
- Accoglienza diurna in RSA per supporto al care-giver (comprensiva di pranzo e eventuale cena). La retta è di € 10,00 al giorno a persona per soggiorni inferiori alle 4 ore giornaliere e di € 15,00 al giorno a persona per soggiorni superiori alle 4 ore giornaliere.

### **MODALITA' DI ACCESSO**

La persona che intende accedere al servizio di RSA APERTA dovrà compilare la domanda di attivazione, scaricando direttamente il modulo dal nostro sito, oppure recandosi presso i nostri uffici a ritirare una copia cartacea.

Verranno fornite tutte le informazioni necessarie per la compilazione.

Una volta presentata la domanda completa di tutta la documentazione richiesta, entro 5 giorni lavorativi, verrà effettuata la verifica dei requisiti di accesso alla valutazione.

#### **Valutazione Multi Dimensionale**

In caso di verificata idoneità, la valutazione multidimensionale al domicilio dovrà essere effettuata entro i 10 giorni lavorativi dalla scelta dell'Ente erogatore.

#### **Progetto Individuale (PI) e Piano Assistenziale Individuale (PAI)**

In caso di esito positivo alla valutazione multidimensionale la RSA procede alla definizione del Progetto individuale (PI), con esplicitazione della durata, comunque non superiore al 3 mesi.

Il PI dovrà prevedere, almeno, obiettivi, aree di intervento, tempi e figure professionali coinvolte. Il Progetto dovrà essere condiviso con la persona o suo Amministratore di sostegno e con il care-giver di riferimento e sottoscritto dagli stessi. Sulla base dei bisogni rilevati e in coerenza col PI, la RSA elabora il conseguente PAI, indicando gli interventi programmati, le figure professionali coinvolte, le modalità ed i tempi di attuazione e il case management di riferimento.

Le modalità e la frequenza dei servizi è definita dall'ente erogatore nei limiti definiti dalla DGR 7769/2018.

L'attivazione degli interventi dovrà avvenire entro 30 giorni dalla stesura del PAI.

### **Sospensioni ed interruzioni**

Le interruzioni nella misura inferiore a 15 giorni non prevedono la sospensione della presa in carico, ma vanno documentate nel Fascicolo.

Interruzioni superiori a 15 giorni comportano la formale **sospensione** della presa in carico, mentre interruzioni superiori a 30 giorni prevedono la **chiusura** della presa in carico.

### **CHI PUÒ PRESENTARE LA DOMANDA**

La Domanda per accesso a RSA APERTA può essere presentata da:

- Interessato

OPPURE

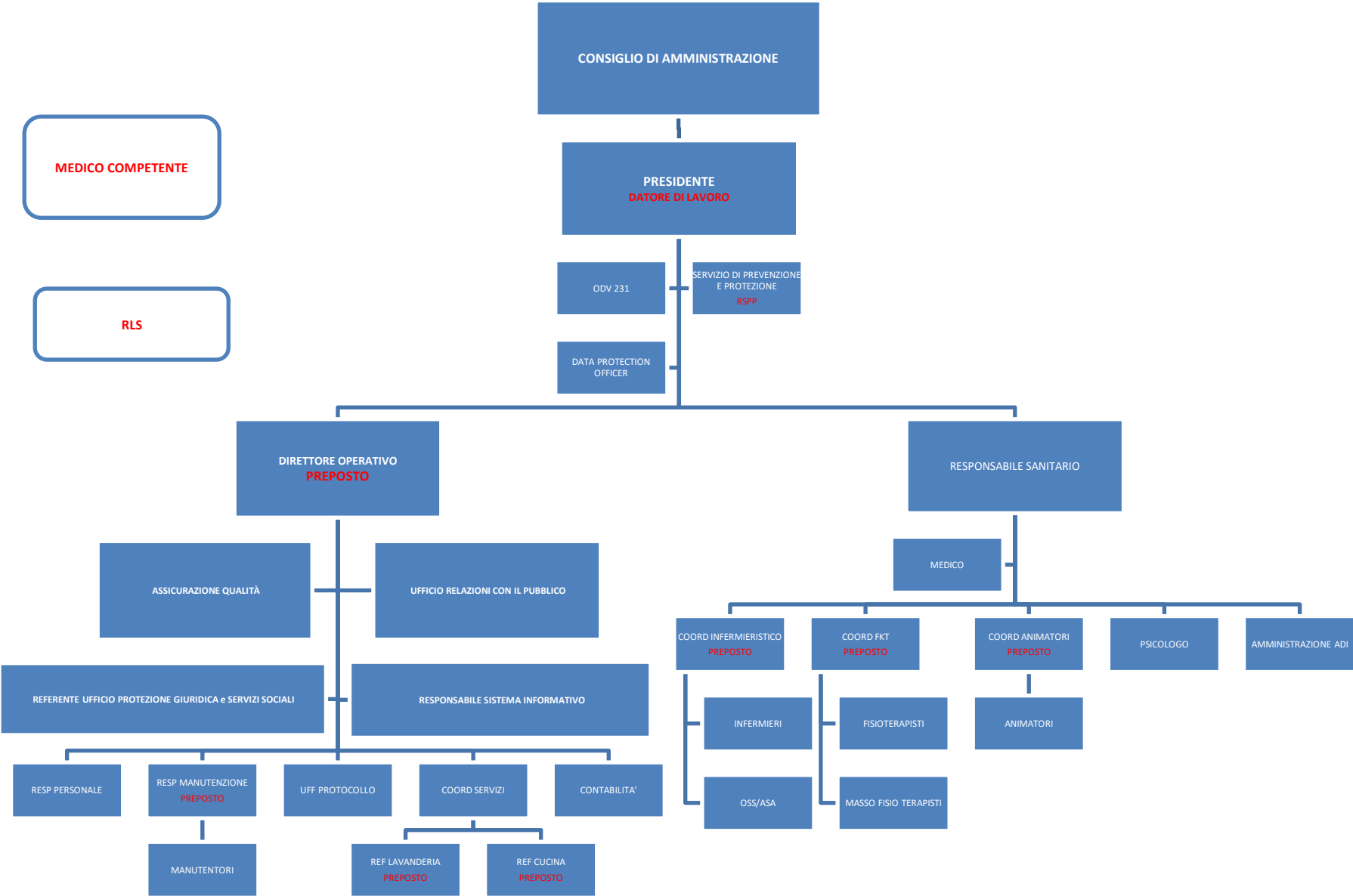
- Nel caso la persona versi in uno stato di impedimento permanente:
  - Il tutore, Il curatore, L'amministratore di sostegno, Il procuratore (nel caso la procura lo preveda)
- caregiver di riferimento.

### **SODDISFAZIONE DEL CLIENTE**

Per verificare la soddisfazione del Cliente l'organizzazione ha adottato una procedura per valutare il gradimento delle prestazioni erogate.

ALLEGATO A) ORGANIGRAMMA  
ALLEGATO B) QUESTIONARIO  
ALLEGATO C) RECLAMO CLIENTE  
ALLEGATO D) DOMANDA DI ACCESSO

# ORGANIGRAMMA NOMINATIVO DELLA STRUTTURA RSA – CDI – ADI C-DOM - RSA APERTA



MEDICO COMPETENTE

RLS

In **ROSSO** sono evidenziati i ruoli della **SICUREZZA**

Approvato dal **DATORE DI LAVORO**

**Rapporto di Reclamo Cliente**

N°	Del
----	-----

**Informazioni sull'Ospite**

Cognome e nome:
-----------------

**Informazioni sul Parente**

Cognome e nome:	
Grado di parentela:	Telefono:

**Descrizione del reclamo**

--

**Aspettative del Cliente**

--

 Reclamo ingiustificato**Per il seguente motivo:**

DG:	RQ:

Reclamo giustificato

Rapporto di Azione Correttiva N°  Del

**Proposta di adeguamento**

<i>Intervento</i>	<i>Responsabile</i>	<i>Entro il</i>
DG:	RQ:	

**Verifica soddisfazione Cliente**

Verificato il:
RQ:

**Verifica efficacia**

Reclamo chiuso il:
RQ:

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER EROGAZIONE DI INTERVENTI A  
SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI

**Alla ASL Pavia**

**CeAD  
Viale Indipendenza 3  
27100 Pavia**

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- come richiedente per sé;
- come familiare:..... (indicare il grado di parentela) della persona per cui si richiedono gli interventi (ex D.P.R. n. 445/2000 art. 4, comma 2)\*
- come tutore, curatore o amministratore di sostegno della persona per cui si richiedono gli interventi \*\*

**VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

per poter beneficiare degli interventi D.G.R.2942 del 19/12/2014

- Residenzialità Leggera/Assistita;
- RSA aperta;
- Residenzialità per minori con gravissime disabilità

**A tal fine DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

\* Dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

\*\* In caso di tutore, curatore o amministratore di sostegno allegare copia del decreto del Tribunale.

**CHE BENEFICIARIO DELL'INTERVENTO E'** (compilare SOLO se diverso dal richiedente):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Residente in via/p.za \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Domiciliato in via/p.za \_\_\_\_\_ Comune di domicilio \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHE E' ASSISTITO AL DOMICILIO**

**CHE IL FAMILIARE/CARE GIVER CHE SI OCCUPA PREVALENTEMENTE DELLA CURA/ASSISTENZA E':**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Domiciliato in via/p.za \_\_\_\_\_ Comune di domicilio \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_ Convivente:  Sì  No

**CHE COLLABORANO INOLTRE ALL'ASSISTENZA:**

**NOME E COGNOME** \_\_\_\_\_ **GRADO DI PARENTELA** \_\_\_\_\_  
**NOME E COGNOME** \_\_\_\_\_ **GRADO DI PARENTELA** \_\_\_\_\_

**CHE LA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL BENEFICIO**

1) presenta la seguente situazione:

	Condizione di dipendenza severa	Necessita di aiuto	E' in condizione di autonomia
Alimentazione	O	O	O
Abbigliamento	O	O	O
Igiene personale	O	O	O
Fare il bagno	O	O	O
Continenza intestinale	O	O	O
Continenza urinaria	O	O	O
Trasferimenti letto/ sedia	O	O	O
Deambulazione	O	O	O
Salire/scendere le scale	O	O	O

2) ha capacità cognitive (memoria/orientamento/comprensione, ...) conservate: O SI O NO

3) ha deficit cognitivi che limitano la possibilità di relazionarsi: O SI O NO

4) ha gravi deficit cognitivi con disturbi del comportamento: O SI O NO

**DI ESSERE A CONOSCENZA CHE LA ASL SI RISERVA IN QUALSIASI MOMENTO DI ESEGUIRE CONTROLLI VOLTI AD ACCERTARE LA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI RESE E CHE L'EVENTUALE RISCONTRO DI NON VERIDICITÀ DI QUANTO DICHIARATO COMPORTERÀ IL**

## **DECADIMENTO DEL BENEFICIO EVENTUALMENTE OTTENUTO.**

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'ASL di residenza la scelta del soggetto erogatore entro 1 mese dalla consegna del Progetto Individuale, pena la chiusura dello stesso.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del Voucher (trasferimento di residenza, ricovero presso qualsiasi istituto di cura, riabilitazione, ricovero di sollievo, decesso,...)

### **A L L E G A**

- . - Fotocopia del documento di identità e del Codice Fiscale del beneficiario
- Fotocopia del documento di identità del richiedente
- . Dichiarazione ai sensi dell'art.4 DPR 445/2000, compilato di fronte a Pubblico Ufficiale
- . Copia del verbale di invalidità (se in possesso)
- . Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per ogni persona presente nella presente domanda (richiedente, beneficiario, care-giver), datato e firmato;

Inoltre

#### Per la misura di RSA Aperta:

- Certificazione medica comprovante la diagnosi demenza/Alzheimer o altra patologia di natura psicogeriatrica rilasciata dalle Unità di Valutazione Alzheimer o dal medico specialista neurologo/geriatra operante in struttura accreditata ”
- Certificazione medica specialistica di eventuali rilevanti patologie (se in possesso) per le persone che abbiano compiuto i 75 anni

#### Per la misura di Residenzialità Leggera/Assistita:

- Certificazione medica specialistica di eventuali rilevanti patologie (se in possesso)

#### Per la misura di Residenzialità per minori con gravissime disabilità” :

- Certificazione medica comprovante la gravissima disabilità

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 art.4, comma 2**

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

**Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell' art. 4 D.P.R. 445/2000**

**Il/la sottoscritto/a**

(cognome).....(nome).....

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato).....

prov.(.....) il ...../...../.....

Residente a.....prov.(.....) via.....n.....

In qualità di..... (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del Sig./ra.....

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato).....

prov.(.....) il ..... /..... /..... Residente a.....prov.(.....)

via.....n.....

Attesta l'impedimento del Sig./ra.....dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

Luogo e data .....

Firma del dichiarante

.....

**Spazio riservato al Pubblico Ufficiale**

Attesto ai sensi dell'art.30 del D.P.R. 445/2000, che il sig/ra..... ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Luogo e data .....

Il Pubblico Ufficiale (nome e cognome e qualifica)

.....

## **INFORMATIVA PRIVACY - TESTO UNICO “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” (D.Lgs. 196/2003)**

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, informiamo che la ASL della provincia di Pavia tratterà i dati personali da Lei forniti (Interessato) e liberamente comunicati, garantendo che il trattamento dei dati personali si svolgerà nel rispetto del Dlgs. 196/03 e s.m.i.

### **1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 COMMA 1, LETT. A D.LGS. 196/2003)**

Tutti i dati personali comunicati dal soggetto Interessato, acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti e che sono connessi, strumentali e inerenti alla valutazione del richiedente per l'erogazione degli interventi previsti dalla dgr 2942/2014.

### **2. LE MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 COMMA 1, LETT. A D.LGS. 196/2003)**

Il trattamento dei dati personali avviene all'interno delle sedi operative della ASL della provincia di Pavia e qualora fosse necessario, presso i soggetti indicati al punto 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. I dati inoltre sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o trattati.

### **3. NATURA DELLA RACCOLTA E CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE MANCATO CONFERIMENTO (ART. 13 COMMA 1, LETT. B E C D.LGS. 196/2003)**

Il conferimento dei dati personali da parte dell'Interessato è obbligatorio per le finalità previste al punto 1. Il loro mancato conferimento comporta la mancata erogazione del servizio.

### **4. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI (ART. 13 COMMA 1, LETT. D D.LGS. 196/2003)**

I dati personali dell'Interessato, qualora fosse necessario, potranno essere comunicati sia ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva, sia ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale all'erogazione del servizio compresi i Responsabili dei trattamenti e gli Incaricati, nominati ai sensi del D.Lgs. 196/2003. I dati sensibili non vengono in alcun caso diffusi.

### **5. TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 COMMA 1, LETT. F D.LGS.196/2003)**

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL della provincia di Pavia.

Alla data odierna, la Dott.ssa Loredana Niutta, Direttore del Dipartimento ASSI, è la Responsabile del Trattamento per l'ambito relativo all'assistenza domiciliare e alle attività a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ed è reperibile, congiuntamente all'elenco aggiornato dei Responsabili, presso la sede della ASL della provincia di Pavia, in Viale indipendenza, 3 - 27100 Pavia, tel. 0382-4311/2.

L'elenco completo dei Responsabili di Trattamento per l'ASL di Pavia è reperibile al link [http://asl.pavia.it/Elenco\\_resp.pdf](http://asl.pavia.it/Elenco_resp.pdf)

### **6. DIRITTI DELL'INTERESSATO (ART. 7 D.LGS. 196/2003) (DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI)**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali 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, ancorche' pertinenti allo scopo della raccolta; b) 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.

I diritti di cui sopra potranno essere esercitati con richiesta rivolta senza formalità dall'Interessato al Titolare o ad uno dei Responsabili, anche tramite un Incaricato, che forniranno all'Interessato stesso idoneo riscontro senza ritardo. L'Interessato che intende far valere i propri diritti può compilare e far recapitare l'apposito modulo (modello per rivolgersi al titolare o responsabile del trattamento) consultabile e scaricabile presso il sito del Garante Privacy (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924>). La richiesta, rivolta al Titolare o al Responsabile, potrà essere trasmessa anche mediante lettera raccomandata, fax o posta elettronica.

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome		
Via		Località	C.A.P.	Prov.
Telefono	Fax	E-mail		

Familiare/amministratore di sostegno/tutore di .....(indicare solo nel caso in cui il firmatario non sia il beneficiario)

dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

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

presta il consenso

nega il consenso

al trattamento dei propri dati personali (o dei dati riferiti al soggetto tutelato) per la finalità (Art.13 comma 1, lett. AD.Lgs. 196/2003), di cui al punto 1 dell'informativa.

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

Firma \_\_\_\_\_