



ValCavallina

SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA

Domanda di ammissione

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____(__) Data di nascita ____/____/____

Stato civile _____ Cittadinanza _____

Cod.. Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Luogo di residenza _____(__) Telefono _____

Via _____ N. ____

Nominativo, indirizzo, numero telefonico e grado di parentela della persona referente
(sia per quanto riguarda l'ammissione che per tutto il periodo di inserimento)

Grado di parentela _____ e/o Servizio territoriale inviante

Cognome _____ Nome _____

Luogo di residenza _____(__)

Via _____ N. ____

Telefono _____

Il Richiedente

(Allegare copia carta d'identità di chi sottoscrive)
Per il servizio inviante non serve

Servizio formazione autonomia

Si riceve in data ____/____/____ domanda di ammissione

Del/la Signore/a _____ residente nel comune di _____

Consorzio Servizi Val Cavallina

Sede legale: Via Don Zinetti,1- 24060 Casazza

Sede operativa : Via F.lli Calvi- 24069 Trescore B.rio



ValCavallina

SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA

VERIFICA DOCUMENTI AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE:

1. Carta d'identità della persona inserita
2. Codice Fiscale
3. Tessera Sanitaria
4. Eventuale esenzione Ticket per patologia e/o per invalidità
(Certificato d'invalidità)
5. Relazione Assistente Sociale

Consorzio Servizi Val Cavallina

Sede legale: Via Don Zinetti,1- 24060 Casazza

Sede operativa : Via F.lli Calvi- 24069 Trescore B.rio



ValCavallina

SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA

Comunicazioni intercorse e aggiornamenti:

Provenienza:

- dal domicilio
- da struttura sanitaria
- da altra struttura di ricovero
- altro _____

Soggetto con assegno di accompagnamento

- SI
- NO

Frequenza :

- Tutti i giorni
- A giorni alterni _____ (specificare quali)
- Giorni diversi _____ (specificare quali)

Consorzio Servizi Val Cavallina

Sede legale: Via Don Zinetti,1- 24060 Casazza

Sede operativa : Via F.lli Calvi- 24069 Trescore B.rio



ValCavallina

SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA

PRIVACY Informativa e tutela della riservatezza dei dati personali

ai sensi dell'art. 13 e 79 del Dlgs 196/2003 (Codice Privacy)

Gentile Utente,

il Consorzio Servizi Val Cavallina è in possesso di suoi dati " personali " secondo il " Codice sulla Privacy " per l'erogazione del servizio sanitario. Tale codice prevede che le persone che effettuano il trattamento di dati personali sono tenuti ad informare il soggetto su quali dati vengano trattati e su taluni elementi qualificanti il trattamento, che deve avvenire con correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Informiamo che:

I dati forniti ci aiutano a curarla.

I dati raccolti sono personali e sanitari per:

- per la prevenzione, diagnosi e cura e così finalizzati per la Sua salute;
- per la gestione dei dati amministrativi e contabili;
- certificazioni relative allo stato di salute.

Dati personali e sanitari riguardanti i Suoi familiari possono essere trattati, sempre solo se indispensabili a giudizio del professionista sanitario.

I dati saranno trattati per tutto il periodo della Sua degenza e anche successivamente per finalità amministrative e secondo gli obblighi di legge.

In mancanza di tali dati potrebbe essere difficile se non impossibile offrirLe le prestazioni richieste.

I dati saranno utilizzati proteggendo la Sua riservatezza

I suoi dati saranno utilizzati sempre secondo le norme di legge e nel segreto professionale e d'ufficio dei medici e dai collaboratori autorizzati del Consorzio Servizi Val Cavallina.

I suoi dati potranno essere comunicati nei limiti di necessità e della legge ad altri soggetti che partecipano alle cure e connessi ad essa:

- a responsabili ed incaricati del trattamento del Consorzio Servizi Val Cavallina;
- a medici collaboratori del Consorzio Servizi Val Cavallina
- ad Aziende Ospedaliere e Sanitarie interessate al percorso di cura;
- a soggetti pubblici e privati per finalità istituzionali (sanità e igiene pubblica, controllo, assistenza e spesa sanitaria).

Sicurezza dei dati

Il Consorzio Servizi Val Cavallina custodisce i Suoi dati in archivi cartacei ed elettronici con ulteriori misure di sicurezza per garantire che solo le persone autorizzate possano conoscere le informazioni che la riguardano.

Lei ha diritto

Secondo il codice vigente (Art. 7 Dlgs. 196/2003) è Suo diritto in quanto i Suoi dati sono custoditi negli archivi del Consorzio Servizi Val Cavallina:

- di conoscere i Suoi dati in trattamento;
- di sapere come vengono utilizzati i dati e per quale finalità;
- di sapere a chi vengono comunicati e chi può venire a conoscenza;
- di chiedere l'aggiornamento la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati;
- di chiedere la trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché opporsi in ogni caso al loro utilizzo, per giusti motivi, o la cancellazione (purchè non debbano essere conservati per legge).

Può esercitare i Suoi diritti presentando una domanda scritta a:

Consorzio Servizi Val Cavallina - Servizi Sociali – Via Don Zinetti 1 - 24060 Casazza BG

Responsabile del trattamento è Il Responsabile dei Servizi Sociali del Consorzio Servizi Val cavallina.

Titolare del trattamento è il Consorzio Servizi Val Cavallina Via Don Zinetti 1 - 24060 Casazza BG.

Consorzio Servizi Val Cavallina

Sede legale: Via Don Zinetti,1- 24060 Casazza

Sede operativa : Via F.lii Calvi- 24069 Trescore B.rio



ValCavallina

SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA

CONSENSO DELL'INTERESSATO AI SENSI ART. 13 e 79 del Dlgs. 196/2003

Il/La sottoscritto/a _____ acquisite le informazioni di cui agli artt. 13 e 79, del Dlgs 196/2003 con la firma della presente dichiarazione conferisco il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano (come meglio indicato nell'informativa consegnatami), contenuti nell'archivio del Consorzio Servizi Val Cavallina per l'esercizio dell'attività assistenziale resa nei miei confronti e dichiaro di essere a conoscenza dei diritti riconosciutimi della legge menzionata. Dichiaro inoltre il consenso alla registrazione di immagini, foto o sequenze delle attività svolte da mio figlio/a per fini educativi, progettuali e osservativi.

Data ____/____/____

Firma dell'interessato o di persona autorizzata _____

Consorzio Servizi Val Cavallina

Sede legale: Via Don Zinetti,1- 24060 Casazza

Sede operativa : Via F.lli Calvi- 24069 Trescore B.rio



ValCavallina

SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA

SCHEDA CONOSCITIVA

(da compilare da parte della persona richiedente o da un eventuale tutore o dal servizio inviante)

Cognome _____ Nome _____

Luoghi dove ha vissuto nel corso della vita:

Composizione nucleo familiare:

Chi ha scelto il servizio:

Consorzio Servizi Val Cavallina

Sede legale: Via Don Zinetti,1- 24060 Casazza

Sede operativa : Via F.lli Calvi- 24069 Trescore B.rio



ValCavallina

SERVIZIO FORMAZIONE AUTONOMIA

Come si svolge attualmente la sua giornata:

Ha degli hobbies: se sì, quali?

Altro:

Per il Richiedente _____

in qualità di _____

Data ____/____/____

Consorzio Servizi Val Cavallina

Sede legale: Via Don Zinetti,1- 24060 Casazza

Sede operativa : Via F.lli Calvi- 24069 Trescore B.rio