 <p>Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b>  ASST Sette Laghi  Polo Universitario</p>	<b>Scheda di segnalazione  per richiesta presa in carico  in Ospedale di Comunità  nel territorio di ASST Sette Laghi</b>	Cod:  Rev. Bozza
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

**Selezionare una delle seguenti strutture:**

- ASST Sette Laghi – OdC Luino  
 Fondazione Menotti Bassani ONLUS – OdC Laveno Mombello

**Motivo dell'ingresso:** \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome	_____	Nome	_____
Data di nascita	_____	Codice fiscale	_____
Cittadinanza	_____	N. tessera sanitaria	_____
Esenzione	_____	Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza	_____	Via	_____
Domicilio	_____	Via	_____
Recapito telefonico	_____	Stato civile	_____
Scolarità	_____	Professione	_____

**MMG**

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**Persona di riferimento**

- Caregiver     Tutore     Curatore     Amministratore di sostegno

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

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**Soggetto proponente la presa in carico in Ospedale di Comunità**

- MMG \_\_\_\_\_  
 Ospedale \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**Attualmente l'utente di trova:**

- Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ospedale \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**Presenza di persone che accudiscono l'utente**

- Nessuna     Familiari     Badante     Familiari + badante     Rete amicale/vicini di casa  
Invalidità:     Sì (\_\_\_%)     No     In accertamento  
Accompagnamento:     Sì     No     In accertamento  
Situazione economica:     Adeguata     Inadeguata  
Situazione abitativa:     Adeguata     Inadeguata     Barriere architettoniche



**Scheda di segnalazione  
per richiesta presa in carico  
in Ospedale di Comunità  
nel territorio di ASST Sette Laghi**

Cod:

Rev. Bozza

**DATI SANITARI**

Anamnesi prossima: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anamnesi remota: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accertamenti recenti: \_\_\_\_\_


**Presidi:**

- |                                                   |                                               |                                                |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Catetere vescicale       | <input type="checkbox"/> Colostomia           | <input type="checkbox"/> O2 Terapia            |
| <input type="checkbox"/> Ureterostomia/nefrotomia | <input type="checkbox"/> Pace Maker/ICD       | <input type="checkbox"/> Medicazioni complesse |
| <input type="checkbox"/> SNG/PEG                  | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/CVC/PICC | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> NPT                      | <input type="checkbox"/> Tracheotomia         | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> Addensanti               |                                               |                                                |

**Segni e sintomi:**


- |                                              |                                                       |                                                |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agitazione          | <input type="checkbox"/> Disuria                      | <input type="checkbox"/> Sindrome mediastinica |
| <input type="checkbox"/> Anoressia           | <input type="checkbox"/> Edemi                        | <input type="checkbox"/> Singhiozzo            |
| <input type="checkbox"/> Ansia               | <input type="checkbox"/> Febbre                       | <input type="checkbox"/> Sopore                |
| <input type="checkbox"/> Astenia             | <input type="checkbox"/> Grave insufficienza d'organo | <input type="checkbox"/> Sonnolenza            |
| <input type="checkbox"/> Cefalea             | <input type="checkbox"/> Infezioni cutanee            | <input type="checkbox"/> Stipsi                |
| <input type="checkbox"/> Coma                | <input type="checkbox"/> Insonnia                     | <input type="checkbox"/> Tenesmo               |
| <input type="checkbox"/> Confusione          | <input type="checkbox"/> Ipertensione endocranica     | <input type="checkbox"/> Tremore               |
| <input type="checkbox"/> Delirio             | <input type="checkbox"/> Lesioni da decubito          | <input type="checkbox"/> Tosse                 |
| <input type="checkbox"/> Depressione         | <input type="checkbox"/> Melena                       | <input type="checkbox"/> Versamento ascitico   |
| <input type="checkbox"/> Diarrea             | <input type="checkbox"/> Nausea                       | <input type="checkbox"/> Versamento pleurico   |
| <input type="checkbox"/> Disfagia            | <input type="checkbox"/> Prurito                      | <input type="checkbox"/> Vertigine             |
| <input type="checkbox"/> Disorientamento S/T | <input type="checkbox"/> Rantolo                      | <input type="checkbox"/> Vomito                |
| <input type="checkbox"/> Disidratazione      | <input type="checkbox"/> Rischio di crisi convulsiva  | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> Dispnea             | <input type="checkbox"/> Rischio di emorragia         | <input type="checkbox"/> _____                 |

Terapia in atto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 <p>Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b>  ASST Sette Laghi  Polo Universitario</p>	<b>Scheda di segnalazione  per richiesta presa in carico  in Ospedale di Comunità  nel territorio di ASST Sette Laghi</b>	Cod:  Rev. Bozza
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

**DATI SOCIALI**


<b>DIMENSIONE FUNZIONALE COGNITIVA della PERSONA</b>
<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE nell'IGIENE
<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE nella MOBILIZZAZIONE
<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE nell'ALIMENTAZIONE
<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE nella sfera SPAZIO/TEMPORALE
<b>DIMENSIONE DELLA FRAGILITÀ della PERSONA</b>
<input type="checkbox"/> ABITA DA SOLO con assenza di familiare/caregiver
<input type="checkbox"/> ABITA DA SOLO con presenza di riferimenti familiari/caregiver che si trovano in difficoltà nel prendersi cura del paziente
<input type="checkbox"/> ABITA CON FAMILIARI/CAREGIVER che si trovano in difficoltà nel prendersi cura del paziente
<input type="checkbox"/> PAZIENTE SENZA DIMORA per il quale il ricovero in corso ha modificato lo stato di salute, mettendo evidenza di necessità assistenziali e di cura (rif. Classificazione Europea sulla grave esclusione abitativa e la condizione di persona senza dimora)
<input type="checkbox"/> PAZIENTE CON DIPENDENZA ATTIVA DA SOSTANZE STUPEFACENTI/ALCOL che durante il ricovero fa emergere una domanda di aiuto e/o presa in carico sociale
<input type="checkbox"/> PAZIENTE AFFETTO DA HIV che durante il ricovero fa emergere una domanda di aiuto e/o presa in carico sociale
<input type="checkbox"/> PAZIENTE CON DIAGNOSI PSICHIATRICA GRAVE <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con comorbilità tali da non consentire il rientro a domicilio</li> <li>• In età geriatrica e/o necessità di ricovero presso struttura residenziale di tipo assistenziale</li> </ul>
<input type="checkbox"/> STRANIERI IRREGOLARI portatori di patologie invalidanti che necessitano di cure e/o riferimenti esterni all'Ospedale
<input type="checkbox"/> STATO DI ABBANDONO di anziani/personone in condizioni di fragilità

 <p>Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b>  ASST Sette Laghi  Polo Universitario</p>	<b>Scheda di segnalazione  per richiesta presa in carico  in Ospedale di Comunità  nel territorio di ASST Sette Laghi</b>	Cod:  Rev. Bozza
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

**SCALA NEWS 2**

PARAMETRI	3	2	1	0	1	2	3
<b>Frequenza del respiro</b>	≤ 8		9 - 11	12 - 20		20 - 24	≥ 25
<b>Saturazione d'ossigeno</b>	≤ 91	92 - 93	94 - 95	≥ 96			
<b>Ossigeno supplementare</b>		SI		NO			
<b>Temperatura corporea</b>	≤ 35		35,1 - 36	36,1 - 38	38,1 - 39	≥ 39,1	
<b>Pressione sistolica</b>	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
<b>Frequenza cardiaca</b>	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥ 131
<b>Stato di coscienza</b>				VIGILE			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

<b>Punteggio NEWS 2</b> _____	
<u>Ai fini dell'accesso in Ospedale di Comunità</u>	
Per gli utenti provenienti da struttura sanitaria	Punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e nessuna variabile uguale a 3.
Per gli utenti provenienti dal domicilio	Punteggio da 1 a 4 e nessuna variabile uguale a 3.

 <p>Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b>  ASST Sette Laghi  Polo Universitario</p>	<b>Scheda di segnalazione  per richiesta presa in carico  in Ospedale di Comunità  nel territorio di ASST Sette Laghi</b>	Cod:  Rev. Bozza
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

### SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

La scheda prevede una compilazione congiunta da parte del personale medico ed infermieristico. Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC. Selezionare per ciascun bisogno il valore corrispondente (anche scelta multipla).

BISOGNI ASSISTENZIALI: VALUTAZIONE DEL PAZIENTE		
<b>1</b>	<b>Funzione Cardiocircolatoria</b>	
	Senza aiuto/sorveglianza	1
	Parametri < 3 rilevazione die	2
	Parametri > 3 rilevazione die	3
	Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2
	Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3
	Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4
	Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3
	Quantità urine	2
<b>2</b>	<b>Funzione Respiratoria</b>	
	Senza aiuto/sorveglianza	1
	Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
	Dispnea da sforzo grave	3
	Dispnea a riposo	4
	Secrezioni abbondanti da bronco aspirare	4
	Tosse acuta/cronica	3
	Parametri < 3 rilevazione die	2
	Parametri > 3 rilevazione die	3
	Ossigenoterapia	3
	Necessità di ventilo terapia notturna	3
	Presenza di tracheotomia	4
	Terapia con nebulizzazioni	3
<b>3</b>	<b>Medicazioni</b>	
	Assenza di medicazioni	1
	Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2)	2
	Lesione da pressione o ulcera (stadio 3)	3
	Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)	4
	Ferita chirurgica non complicata	2
	Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3
	Moncone di amputazione da medicare	3
	Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3
	Stomia recente da medicare	3
	Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
<b>4</b>	<b>Alimentazione - Idratazione</b>	
	Senza aiuto/sorveglianza	1
	Prescrizione dietetica	2
	Necessità di aiuto per azioni complesse	2
	Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
	Presenza di disfagia lieve	3
	Presenza di disfagia moderata-severa	4
	Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
	<b>5</b>	<b>Eliminazione</b>
Senza aiuto/sorveglianza		1
Monitoraggio alvo		2
Necessità di clisma		3
Necessità di essere accompagnato al WC		3
Gestione della stomia		3
Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo		2
Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)		3
Cateterismo durante il ricovero/a permanenza		3
<b>6</b>	<b>Igiene - Abbigliamento</b>	
	Senza aiuto/sorveglianza	1
	Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
	Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
	Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
<b>7</b>	<b>Movimento</b>	
	Senza aiuto/sorveglianza	1
	Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
	Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
	Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
	Necessità di utilizzare sollevatore	4
Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4	
<b>8</b>	<b>Riposo - sonno</b>	
	Senza aiuto/sorveglianza	1
	Sonno indotto con farmaci	2
	Disturbi del sonno	3
	Agitazione notturna costante	4



**Scheda di segnalazione  
 per richiesta presa in carico  
 in Ospedale di Comunità  
 nel territorio di ASST Sette Laghi**

Cod:

Rev. Bozza

<b>9</b>	<b>Sensorio e Comunicazione</b>	
	Senza aiuto/sorveglianza	1
	Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
	Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
	Deficit cognitivo lieve	2
	Deficit cognitivo moderato	3
	Deficit cognitivo grave	4
	Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
<b>10</b>	<b>Ambiente Sicuro/Situazione Sociale</b>	
	Senza aiuto/sorveglianza	1
	Apparecchi medicali dal domicilio	2
	Rischio caduta medio-alto	4
	Uso di mezzi di protezione	4
	Attivazione assistente sociale	3
	Educazione sanitaria del caregiver	2
	Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
<p><i>Dopo aver assegnato il valore ad ogni bisogno assistenziale riportare nella scheda sottostante, segnando con una X, il valore assegnato con maggiore frequenza.</i></p>		

<b>11</b>	<b>Terapie</b>	
	Assenza di terapia	1
	Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
	Terapia più di 2 volte die	3
	Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die	2
	Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più v/die	3
	Antibiotico in infusione continua	3
	Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
<b>12</b>	<b>Altri bisogni clinici</b>	
	Assenza di altri bisogni clinici	1
	Monitoraggio settimanale ematochimici	2
	Monitoraggio plurisetimanale ematochimici	3
	Necessità di consulenze specialistiche	3
	Necessità di follow-up strumentale	3
	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
	Necessità di fisioterapia individuale	3
Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2	
Comorbilità severa (CIRS-C >3)	3	
Necessità di educazione sanitaria del paziente	2	

**INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE**

		1	2	3	4
1	FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA				
2	FUNZIONE RESPIRATORIA				
3	MEDICAZIONI				
4	ALIMENTAZIONE – IDRATAZIONE				
5	ELIMINAZIONE				
6	IGIENE – ABBIGLIAMENTO				

		1	2	3	4
7	MOVIMENTO				
8	RIPOSO SONNO				
9	SENSORIO E COMUNICAZIONE				
10	AMBIENTE SICURO – SITUAZIONE SOCIALE				
11	TERAPIE				
12	ALTRI BISOGNI CLINICI				

**INDICE DI INTENSITÀ ATTRIBUITO (Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC)**

**Indice 1:** Autonomia nel soddisfacimento del bisogno: **intensità assistenziale bassa**

**Indice 2:** Dipendenza minima della persona: **intensità assistenziale medio bassa**

**Indice 3:** Dipendenza elevata della persona: **intensità assistenziale medio alta**

**Indice 4:** Forte grado di dipendenza o dipendenza totale: **intensità assistenziale alta**

Data di compilazione \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data di ricevimento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nome e cognome medico \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si prega di allegare la documentazione clinica e la richiesta di ricovero su ricetta regionale**

**Riferimenti:** COT Trasversale ASST Sette Laghi [cot@asst-settelaghi.it](mailto:cot@asst-settelaghi.it) 0332 393902 / 0332 393915



# FONDAZIONE CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI MENOTTI BASSANI – ONLUS

21014 Laveno Mombello (VA) – Via Avv. Franco Bassani 13

**OSPEDALE DI  
COMUNITA'**

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
*ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR*

In osservanza a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (*General Data Protection Regulation* - in seguito "GDPR"), si forniscono le seguenti informazioni:

## 1. **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è la Fondazione Centro Residenziale per Anziani Menotti Bassani – ONLUS (in seguito "Titolare") (cod. fiscale e P. IVA 01319900120), nella persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Laveno Mombello, via Avv. Franco Bassani 13, telefono 0332 668339/668711, PEO [info@menottibassani.it](mailto:info@menottibassani.it), PEC [menottibassani@pec.it](mailto:menottibassani@pec.it).

## 2. **Responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer – c.d. DPO)**

Il DPO nominato è reperibile ai seguenti dati di contatto: Labor Service s.r.l. (P.IVA: 02171510031), telefono 0321/1814220, E-mail: [privacy@labor-service.it](mailto:privacy@labor-service.it).

## 3. **Finalità del trattamento**

- Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 GDPR), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, è finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'utente in fase di richiesta di presa in carico e successive erogazioni di tutte le **attività previste dal servizio socio-sanitario** offerto dall'ODC (Ospedale di Comunità), alla gestione amministrativa, ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge o dalle disposizioni Regionali in materia. Il trattamento riguarda anche i dati di eventuali famigliari/delegati o sanitari di riferimento che hanno in cura l'interessato.
- Il trattamento di dati personali come foto e filmati degli ospiti è finalizzato alla **registrazione di tipo amministrativo dell'ospite** e alla documentazione delle attività mediche, con riferimento, ad esempio, a lesioni o pratiche di movimentazione.
- Il trattamento dei dati personali degli ospiti e delle altre parti contraenti, è finalizzato **all'invio di comunicazioni da parte del Titolare**, anche a mezzo di newsletter, sms o altri strumenti digitali.

## 4. **Basi giuridiche del trattamento**

- Il trattamento dei dati personali ha, quali basi giuridiche, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lett. b) e c) GDPR, l'esecuzione di una prestazione di cui l'interessato è beneficiario ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.
- Per i dati particolari relativi alla salute (compresi dati genetici e biometrici) possono essere trattati dal Titolare senza il consenso dell'interessato, in quanto il loro trattamento è necessario per diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale («finalità di cura») ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri (art. 9, par. 2, lett. h) GDPR e Provv. del Garante Privacy n. 55 del 7 marzo 2019).
- Per il trattamento dei dati personali finalizzato all'invio di comunicazioni da parte del Titolare, la base giuridica, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lett. a) GDPR, è il CONSENSO.

## 5. **Destinatari dei dati**

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono al Titolare servizi connessi alla corretta esecuzione dell'attività istituzionale in capo al Titolare e, nello specifico: a Organismi del Servizio Sanitario Nazionale (ATS di competenza, ASST, Ospedali, Cliniche e Laboratori di analisi), medici, collaboratori, liberi professionisti, a società/cooperative di servizi e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), ad Associazioni o altri Enti e Soggetti operanti nel settore dei trasporti sanitari, a consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle



# FONDAZIONE CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI MENOTTI BASSANI – ONLUS

21014 Laveno Mombello (VA) – Via Avv. Franco Bassani 13

compagnie assicuratrici, a partner tecnici (Software House), istituti bancari, studi legali, etc. alcuni dei quali nominati Responsabili del trattamento.

I dati potranno essere altresì comunicati a terzi esclusivamente al fine di dar corso ad eventuali richieste ricevute e/o ottemperare ad obblighi di legge: Pubbliche Amministrazioni, Organismi di Vigilanza, Forze di Polizia, uffici giudiziari, enti con funzioni previdenziali, socio-assistenziali e/o educative.

I dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, tutori/amministratori di Sostegno/procuratori/curatori.

La Fondazione per l'invio di comunicazioni periodiche utilizza il servizio Newsletter attraverso la piattaforma MailChimp, il cui fornitore è individuato come Responsabile del Trattamento.

## 6. **Trasferimento dati**

Il Titolare del trattamento non ha intenzione di trasferire i dati personali dell'interessato verso un Paese terzo all'Unione Europea o verso un'organizzazione internazionale, con l'esclusione dei soli indirizzi email caricati sulla piattaforma MailChimp che prevede un trasferimento dati extra Ue conforme ai sensi dell'art.46 GDPR, poiché previste apposite Clausole Contrattuali Standard reperibili nell'Addendum sul trattamento dei dati al seguente link:

[https://mailchimp.com/legal/data-processing-addendum/#Annex C - Standard Contractual Clauses.](https://mailchimp.com/legal/data-processing-addendum/#Annex_C_-_Standard_Contractual_Clauses)

## 7. **Periodo di conservazione**

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo di 10 anni dalla conclusione del contratto, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente per la conservazione a tempo illimitato dei dati relativa alla salute.

## 8. **Natura del conferimento**

Il conferimento dei dati personali costituisce requisito necessario per l'erogazione delle prestazioni richieste. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso alle prestazioni richieste e agli altri adempimenti legali connessi nonché di gestire correttamente le reciproche relazioni.

L'iscrizione al servizio di Newsletter è facoltativa, in quanto basata sul consenso dell'interessato.

## 9. **Diritti dell'Interessato**

L'interessato può esercitare in qualsiasi momento uno dei seguenti diritti:

- *diritto di accesso*: chiedere al Titolare conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, ottenendo tutte le informazioni indicate all'art. 15 GDPR (es. finalità del trattamento, categorie di dati personali trattati ecc.);
- *diritto di rettifica*: chiedere la rettifica di dati inesatti o richiederne l'integrazione, qualora essi siano incompleti (art. 16 GDPR);
- *diritto alla cancellazione*: nei casi indicati all'art. 17 GDPR (ad esempio, i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati);
- *diritto alla limitazione*: nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR (ad esempio, è contestata l'esattezza dei dati personali oppure è ritenuto che il trattamento sia illecito);
- *diritto di portabilità*: ai sensi dell'art. 20 GDPR;
- *diritto di opposizione*: qualora ricorrano le condizioni indicate dall'art. 21 GDPR;
- *diritto di revocare* il consenso prestato per l'iscrizione al servizio di comunicazione attraverso la Newsletter MailChimp.

I diritti sopra elencati possono essere esercitati mediante comunicazione al Titolare attraverso i dati di contatto sopra citati.

Inoltre l'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali <https://www.garanteprivacy.it>).



**FONDAZIONE CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI  
MENOTTI BASSANI – ONLUS**

21014 Laveno Mombello (VA) – Via Avv. Franco Bassani 13

**OSPEDALE DI  
COMUNITA'**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Soggetto interessato/Rappresentante Legale \_\_\_\_\_

Caregiver: \_\_\_\_\_

ai sensi del GDPR, dichiara di aver preso visione dell'informativa sopra riportata, e per le ulteriori finalità basate sul consenso dispone quanto segue:

**PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ATTRAVERSO L'INVIO DI COMUNICAZIONI  
NEWSLETTER, SMS O ALTRI STRUMENTI DIGITALI**

**PRESTO IL CONSENSO**

**NON PRESTO IL CONSENSO**

al trattamento dei dati. Questo consenso sarà considerato valido sino ad eventuale revoca.

**ACCONSENSO INOLTRE CHE SIA DATA COMUNICAZIONE, IN PRIVATA SEDE, DI  
QUALSIASI DATO PARTICOLARE RELATIVO ALLO STATO DI SALUTE DEL SOGGETTO  
INTERESSATO (EX ART. 9 GDPR) ALLE SEGUENTI PERSONE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_