 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	Scheda di segnalazione per richiesta presa in carico in Ospedale di Comunità nel territorio di ASST Sette Laghi	Cod: MOD01IIOG01PROT01 Data: 19/02/2026 Rev: 01
--	---	---

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN OSPEDALE DI COMUNITÀ NEL TERRITORIO DI ASST SETTE LAGHI

Selezionare una delle seguenti strutture

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

Selezionare uno dei seguenti motivi di ricovero

- Monitoraggio delle condizioni clinico assistenziali e sorveglianza sanitaria
- Educazione e addestramento del paziente/caregiver nella somministrazione di farmaci a supporto dell'aderenza terapeutica
- Educazione e addestramento del paziente e del caregiver nella gestione di presidi e dispositivi
- Riacutizzazione di patologia cronica in assenza di instabilità clinica
- Rinforzo assistenziale e recupero delle autonomie nelle ADL/IADL
- Prevenzione delle complicanze da immobilità in condizioni di temporanea limitazione funzionale
- Continuità assistenziale in attesa di preparazione di un adeguato setting domiciliare
- Continuità assistenziale in attesa di inserimento in struttura
- Continuità assistenziale in situazione di inabilità temporanea del caregiver
- Continuità terapeutica in paziente clinicamente stabile

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 _____
Soggetto proponente la presa in carico in Ospedale di Comunità	
<input type="checkbox"/> MMG _____	
<input type="checkbox"/> Ospedale _____	
<input type="checkbox"/> Altro _____	
Persona di riferimento	
<input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Curatore <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	
Cognome _____	Nome _____
Grado di parentela _____	Recapiti telefonici _____



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

Cod: MOD01IOG01PROT01

Data: 19/02/2026

Rev: 01

AMBIENTE DI VITA

Attualmente l'utente di trova

- Domicilio _____
 Ospedale _____
 Altro _____

Presenza di persone che accudiscono l'utente

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuna | <input type="checkbox"/> Familiari | <input type="checkbox"/> Badante | <input type="checkbox"/> Familiari + badante | <input type="checkbox"/> Rete amicale/vicini di casa |
| Invalidità: | <input type="checkbox"/> Sì (___%) | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> In accertamento |
| Accompagnamento: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> In accertamento |
| Situazione economica: | <input type="checkbox"/> Adeguata | <input type="checkbox"/> Inadeguata | | |
| Situazione abitativa: | <input type="checkbox"/> Adeguata | <input type="checkbox"/> Inadeguata | | <input type="checkbox"/> Barriere architettoniche |

DATI SANITARI

Anamnesi prossima: _____

Anamnesi remota: _____

Accertamenti recenti: _____


Presidi:

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

Segni e sintomi:


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

Terapia in atto: _____

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	Scheda di segnalazione per richiesta presa in carico in Ospedale di Comunità nel territorio di ASST Sette Laghi	Cod: MOD01IOG01PROT01 Data: 19/02/2026 Rev: 01
--	---	--

DATI SOCIALI

DIMENSIONE FUNZIONALE COGNITIVA della PERSONA
<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
DIMENSIONE DELLA FRAGILITÀ della PERSONA
<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"> • Con comorbilità tali da non consentire il rientro a domicilio • In età geriatrica e/o necessità di ricovero presso struttura residenziale di tipo assistenziale
<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 Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario</p>	Scheda di segnalazione per richiesta presa in carico in Ospedale di Comunità nel territorio di ASST Sette Laghi	Cod: MOD01IOG01PROT01 Data: 19/02/2026 Rev: 01
--	---	--

SCALA NEWS 2

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

Punteggio NEWS 2 _____	
<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.



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		
1	Funzione Cardiocircolatoria	
	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
2	Funzione Respiratoria	
	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
3	Medicazioni	
	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
4	Alimentazione - Idratazione	
	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
	5	Eliminazione
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
6	Igiene - Abbigliamento	
	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
7	Movimento	
	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	
8	Riposo - sonno	
	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: MOD01IOG01PROT01

Data: 19/02/2026

Rev: 01

9	Sensorio e Comunicazione	
	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
10	Ambiente Sicuro/Situazione Sociale	
	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>		

11	Terapie	
	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
12	Altri bisogni clinici	
	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

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, PEC 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.

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 _____