



DOMANDA DI AMMISSIONE MINI ALLOGGI PROTETTI VILLA ELISA

ACC-13
Data: 27/05/2026
Rev. 5

DATA

Spett.le
FONDAZIONE MENOTTI BASSANI ETS
Via Avv. Franco Bassani, 13
21014 LAVENO MOMBELLO (VA)

Il sottoscritto in qualità di
residente a CAP
via N°
Tel..... E-mail

CHIEDE

che venga prenotato un Mini Alloggio Protetto "Villa Elisa" per le seguenti persone:

1) Signor/a
nato/a a il
residente a CAP
in via dal
cittadinanza codice fiscale
n. tessera sanitaria

8	0	3	8																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

figli ☐ NO ☐ SI: maschi n. femmine n.
stato civile titolo di studio professione
tipo di pensione e Ente Erogatore
invalidità: ☐ NO ☐ SI: percentuale ☐ pratica in itinere presentata il
indennità di accompagnamento: ☐ NO ☐ SI ☐ pratica in itinere presentata il
protezione giuridica: ☐ NO ☐ AdS ☐ Tutore ☐ Curatore/Procuratore
nominativo
recapito telefonico e-mail
medico curante: nominativo
recapito telefonico e-mail

2) Signor/a
nato/a a il
residente a CAP
in via dal
cittadinanza codice fiscale
n. tessera sanitaria

8	0	3	8																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

figli ☐ NO ☐ SI: maschi n. femmine n.
stato civile titolo di studio professione
tipo di pensione e Ente Erogatore
invalidità: ☐ NO ☐ SI: percentuale ☐ pratica in itinere presentata il
indennità di accompagnamento: ☐ NO ☐ SI ☐ pratica in itinere presentata il

protezione giuridica: ☐ NO ☐ AdS ☐ Tutore ☐ Curatore/Procuratore
nominativo
recapito telefonico e-mail
medico curante: nominativo
recapito telefonico e-mail

RELAZIONE DI PARENTELA

- Situazione abitativa al domicilio: ☐ vive solo
☐ vive solo con badante
☐ vive con altro familiare/convivente
☐ vive con altro familiare/convivente e badante
☐ vive con altre persone non parenti e non partner
- Situazione alla data della domanda: ☐ a domicilio senza alcuna assistenza
☐ a domicilio con assistenza domiciliare SAD
☐ a domicilio con assistenza domiciliare ADI/Voucher sociosanitario
☐ a domicilio con frequenza in centro diurno
☐ ricoverato in ospedale di
☐ ricoverato in riabilitazione
☐ già ospite in altra Rsa
☐ altro

ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO:

cognome e nome	parentela	indirizzo	recapiti
			Tel.
			E-mail
			Tel.
			E-mail
			Tel.
			E-mail

ALLEGARE alla presente domanda:

- ▶ scheda di inserimento (*parte per la famiglia / caregiver*);
- ▶ scheda di inserimento (*parte per il Medico curante*) più eventuale visita neurologica;
- ▶ copia di carta di identità, tessera sanitaria, esenzione ticket, verbale invalidità;
- ▶ certificato di stato di famiglia.
- ▶ ISEE

NOTE INFORMATIVE:

- 1) validità della domanda **6 mesi** dalla presentazione. Per rinnovarla ripresentare le schede di inserimento aggiornate.
- 2) consegnare la domanda, completa di allegati, presso l'ufficio accoglienza della Fondazione o inviare alla seguente e-mail: ufficio.accettazione@menottibassani.it.
- 3) il richiedente dichiara, fin da ora, di accettare l'esito della valutazione multidimensionale e le condizioni previste dalla Carta dei Servizi per i Mini Alloggi e si impegna, al momento dell'ammissione dell'ospite, al pagamento totale della retta stabilita per tutto il periodo di soggiorno.
- 4) ai sensi del Regolamento UE 2016/679, i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(FIRMA DEL RICHIEDENTE)

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 Reg. (UE) 2016/679 (c.d. GDPR)

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento è la Fondazione Menotti Bassani ETS (cod. fiscale e P. IVA 01319900120), nella persona del Legale Rappresentante, con sede in Laveno Mombello (VA), via avv. Franco Bassani 13, telefono 0332 668339/668711, e-mail: info@menottibassani.it, pec: menottibassani@pec.it.

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

Il DPO nominato e reperibile ai seguenti dati di contatto: presso Labor Service srl, via Righi n. 29, 28100 Novara (NO), telefono 0321/1814220 e-mail: privacy@labor-service.it pec: pec@pec.labor-service.it.

3. Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 Regolamento (UE) 2016/679, di seguito "GDPR"), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, è finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'ospite in fase di pre-ingresso e alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso, alla gestione amministrativa, compreso l'inserimento in lista d'attesa, ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge.

4. Basi giuridiche del trattamento

I trattamenti dei *dati personali* hanno quali basi giuridiche (art. 6 GDPR) l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. Per il trattamento dei *dati particolari* quali quelli relativi allo stato di salute in fase di pre-ingresso è necessario il consenso esplicito.

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, Cliniche e Laboratori di analisi), ai medici, a società e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), a consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle compagnie assicuratrici. Inoltre, i dati potranno essere 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. Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno e tutori.

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. Ove si rendesse necessario si avvisa sin da ora che il trasferimento avverrà nel rispetto del Capo V del Regolamento (UE) 2016/679.

7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del servizio eventualmente erogato dal Titolare, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente.

8. Natura del conferimento dei dati

Costituisce requisito necessario per la conclusione del successivo contratto. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso al contratto e agli altri adempimenti legali connessi.

9. Diritti dell'interessato

L'interessato ha il diritto di:

- 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 (diritto di accesso);
- chiedere la rettifica di dati inesatti o richiederne l'integrazione, qualora essi siano incompleti (art. 16 GDPR);
- ottenere la cancellazione dei dati personali, qualora ricorra uno dei motivi indicati all'art. 17 GDPR;
- ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR;
- revocare il consenso prestato per il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute, senza che sia pregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca (art. 7, par. 3 GDPR).

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>).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Acquisite le informazioni sul trattamento dei dati personali fornite dal Titolare del trattamento

PRESTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI

POTENZIALE ASSEGNATARIO: _____

nato/a il ____/____/____ a _____ ()

Data ____/____/____ Firma _____

N.B.: Da compilare esclusivamente nei casi in cui il potenziale assegnatario sia LEGALMENTE RAPPRESENTATO

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ ()

DICHIARO di essere:

☐ **Tutore** ☐ **Genitore** ☐ **Amministratore di sostegno, con delega alla cura della persona**

del sig./sig.ra _____

nato/a il ____/____/____ a _____ ()

e di agire in suo nome e per suo conto, conferendo i suoi dati sanitari, sociosanitari e sociali, ricevendo l'informazione sul loro trattamento e prestando il consenso al trattamento dei dati medesimi.

Data ____/____/____ Firma (anche per espressione del consenso) _____

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE E PROVVEDIMENTO DI NOMINA

N.B.: Da compilare esclusivamente in caso di DELEGA del potenziale assegnatario al conferimento dei dati

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ ()

DICHIARO di essere stato **delegato** dal potenziale assegnatario

sig./sig.ra _____

nato/a il ____/____/____ a _____ ()

ad agire in suo nome e per suo conto, conferendo i suoi dati sanitari, sociosanitari e sociali, ricevendo l'informazione sul loro trattamento e prestando il consenso al trattamento dei dati medesimi.

Data ____/____/____ Firma (anche per espressione del consenso) _____

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE E DELLA DELEGA