



ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE
UFFICIO ACCETTAZIONE
00147 ROMA - Piazzale Antonio Tosti n. 4 Tel. 06.51.858.202

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA CASA DI RIPOSO “TOTI”

Il / la sottoscritto _____

CHIEDE

di essere ammesso/a nella Casa di Riposo di codesto Istituto Romano di San Michele, preferibilmente in camera (singola / doppia),

SI IMPEGNA

- 1) a corrispondere la retta mensile entro il giorno 5 di ciascun mese essendo informato/a e consapevole dell'attuale ammontare della retta (**come riportate nella scheda allegato A**) e dei servizi che la stessa comprende;
- 2) a corrispondere i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni) delle rette deliberati dall'Amministrazione e/o disposti dal competente Municipio, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza in Istituto anche a seguito delle mutate condizioni di autosufficienza dell'ospite;
- 3) a costituire un deposito cauzionale infruttifero, versando presso la Tesoreria dell'Istituto, al momento dell'ammissione presso la Casa di Riposo, di un ammontare pari a n. 2 (due) mensilità.
- 4) ad accettare le disposizioni operative proprie della vita comunitaria e quanto previsto dal Regolamento della Casa di Riposo;
- 5) a lasciare o a far lasciare all'ospite la Casa di Riposo in caso di morosità nel pagamento della retta per oltre due mesi o in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte;
- 6) a lasciare o far lasciare all'ospite la Casa di Riposo in caso di ricovero ospedaliero superiore a 2 (due) mesi

7) per quanto attiene il pagamento della retta mensile, ad accreditare la propria pensione, o presso il Tesoriere dell'Istituto Romano di San Michele - presente all'interno del comprensorio istituzionale di Piazzale Antonio Tosti n. 4, - o presso la Banca di fiducia autorizzando la stessa, contestualmente e irrevocabilmente, ad effettuare con cadenza mensile il bonifico in favore dell'Istituto Romano di San Michele per il pagamento della retta dovuta, per il periodo di permanenza presso la Casa di Riposo;

Ai fini della presente domanda il sottoscritto

DICHIARA

- a) di essere nat il in (.....).....
- b) di essere residente in..... Via..... n.....
- c) di essere domiciliato in Via..... n.....
telefono..... cod.fisc.....

c) che la sua famiglia risulta composta come dal seguente prospetto:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto con il dichiarante	Stato civile

- d) di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata ad un periodo di prova di mesi 2, trascorsi i quali, se l'ospite non risulterà idoneo ne conseguirà che:
 - il firmatario della dichiarazione di assunzione di responsabilità sarà tenuto a riprendere l'ospite e ricondurlo presso il suo domicilio;
 - per gli ospiti i quali non hanno un referente firmatario della dichiarazione di responsabilità, si provvederà da parte dell'Istituto alle dimissioni dell'ospite;
- e) di essere a conoscenza che, in caso di ritardato pagamento della retta, l'Istituto applicherà un interesse di mora pari al tasso legale;
- f) di essere a conoscenza che nella eventualità in cui l'ospite dovesse ritardare l'uscita dall'Istituto sarà dovuta una penale giornaliera pari al doppio della retta.
- g) di essere a conoscenza che il posto letto presso la Casa di Riposo viene conservato in caso di ricovero ospedaliero per 2 (due) mesi. Trascorso tale periodo si darà luogo alle dimissioni d'ufficio senza altro preavviso.
- g) di accettare nella sua interezza quanto contenuto nel REGOLAMENTO DELLA CASA DI RIPOSO avendone preso visione presso il sito web dell'Ente: www.irsm.it o presso l'Ufficio Accettazione .

Allega alla presente dichiarazione i seguenti documenti in fotocopia:

- 1. documento di riconoscimento;**
- 2. certificato di pensione (mod. INPS “O bis M” e CUD o equipollente documento rilasciato da altro Ente), ed eventuale dichiarazione dei redditi (modello UNICO);**
- 3. libretto sanitario/tessera sanitaria;**
- 4. codice fiscale;**
- 5. questionario sanitario (a cura del medico di base);**
- 6. i seguenti esami di laboratorio :**
 - Certificato attestante l’esonazione da malattie infettive;
 - Test cutaneo alla tubercolina (se positivo, anche RX torace);
 - T P H A
 - H B s A G
 - H C V
 - Esami del sangue recenti o pregressi
 - Elettrocardiogramma con visita cardiologia recente.
- 7. valutazione multidimensionale geriatrica rilasciata dalla ASL o da Enti ospedalieri;**
- 8. Certificato di Videat Psichiatrico;**
- 9. eventuale copia del verbale d’invalidità o accompagnamento**
- 10. dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte di un familiare o referente;**
- 11. autorizzazione all’accredito della pensione presso la Banca di fiducia e contestuale delega, irrevocabile alla stessa per il prelievo e il pagamento della retta mensile dell’Istituto;**
- 12 autorizzazione all’accredito della pensione presso la Tesoreria dell’Istituto e delega per il prelievo diretto della retta.**

Informativa ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. 196/2003

Tutti i dati personali raccolti dall’Istituto Romano di San Michele sono trattati conservati ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 ed esclusivamente per fini gestionali e amministrativi. Tali dati potranno comprendere anche alcuni dati sensibili qualora ciò risulti strettamente necessario ai fini dell’espletamento di attività ordinarie o straordinarie dell’Istituto o per collaborazioni di diversa natura.

L’Istituto Romano di San Michele conserverà i Suoi dati e li tratterà esclusivamente per gli scopi sopra citati. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Con la sottoscrizione della presente Lei dichiara di aver letto e compreso quanto precede e presta il Suo consenso alle comunicazioni e ai trattamenti relativi ai dati personali (inclusi eventuali dati sensibili) che La riguardano, secondo quanto indicato sopra.

Roma, _____ Firma _____



ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE
UFFICIO ACCETTAZIONE
00147 ROMA - Piazzale Antonio Tosti n. 4 Tel. 06.51.858.202

QUESTIONARIO MEDICO

(a cura del medico curante)

Cognome e nome.....
nat... in..... (Prov.....) il.....
residente in..... (Prov.....) Via.....
Tel..... Stato civile..... Libretto S.S.N.....
Vive da solo.....
Istituzionalizzato negli ultimi 5 anni.....(se SI, dove:.....)
Condizioni generali.....
Anamnesi patologica remota.....
.....
Anamnesi patologica prossima.....
.....
Stato mentale e di coscienza.....
.....
Apparato cardiovascolare.....
.....
Pressione arteriosa (Min.....Max.....) - Altezza: m..... - Peso: kg.....
Apparato respiratorio.....
Addome e organi ipocondriaci.....
Condizioni motorie.....
.....
Condizioni viscerali (vescica e intestino: continenti o meno).....
.....
Mantiene stazione eretta.....
Cammina con o senza appoggio.....
Decubiti.....
Presenta disturbi:
- tonomuscolari.....
- articolari.....
- linguaggio.....
- vista.....
- trofico-articolari.....
- stato cognitivo.....
- memoria.....
Disturbi del comportamento (confusione, aggressione, irritabilità, agitazione).....
.....
Disturbi psichiatrici (ansia, depressione, allucinazioni).....
.....
Interventi chirurgici subiti.....
.....

ANNOTAZIONI (eventuali certificazioni sanitarie o cartelle cliniche, esami specialistici,
ecc.).....
.....
.....
Farmaci di mantenimento.....
.....
.....

Il sottoscritto Medico di famiglia dichiara di aver visitato il/la paziente.

Roma, li.....

(Timbro e firma del Medico).....



ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

.....sottoscritt.....
nata.....in.....(Prov.....)il.....
E residente in.....(Prov.....)Via.....
Documento di riconoscimento.....
Telefono.....professione.....C.F.....
In qualità didel Sig/Sig.ra

SI IMPEGNA:

- a garantire per tutto il periodo di permanenza dell'ospite in Casa di Riposo, il puntuale pagamento della retta dovuta dall'ospite sopra indicato ed a corrispondere i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni) delle rette deliberati dall'Amministrazione e/o disposti dal competente Municipio, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza in Istituto anche a seguito delle mutate condizioni di autosufficienza dell'ospite;
- a garantire il sostenimento degli eventuali oneri a carico dell'ospite stesso riguardanti le proprie spese personali come indicate dall'articolo 6 del Regolamento della Casa di Riposo in vigore;
- a garantire il versamento presso la Tesoreria dell'Istituto di una somma pari a due mensilità quale deposito cauzionale infruttifero;
- a ricondurre l'ospite nel proprio domicilio nei seguenti casi di dimissione:
 - 1) mancato superamento della prova di ospitalità per i primi due mesi;
 - 2) infrazione alle norme che regolano la vita comunitaria della Casa di Riposo;
 - 3) sopraggiunte infermità fisiche e/o psichiche tali da non rendere possibile l'ulteriore permanenza della struttura;
 - 4) morosità, per pagamento della retta, per oltre due mesi o comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte;
 - 5) a corrispondere all'Istituto, in caso di ritardo nell'adempimento dell'obbligazione, una penale giornaliera pari al doppio della retta.
- A rispettare il Regolamento della Casa di Riposo del quale dichiara di essere a conoscenza e di farlo osservare al proprio parente ospite della Casa di Riposo.

Tutti i dati personali raccolti dall'Istituto Romano di San Michele sono trattati e conservati ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 ed esclusivamente per fini gestionali e amministrativi. Tali dati potranno comprendere anche alcuni dati sensibili qualora ciò risulti strettamente necessario ai fini dell'espletamento di attività ordinarie o straordinarie dell'Istituto o per collaborazioni di diversa natura.

L'Istituto Romano di San Michele conserverà i suoi dati e li tratterà esclusivamente per gli scopi sopra citati. Il trattamento dei suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Con la sottoscrizione della presente Lei dichiara di aver letto e compreso quanto precede e presta il Suo consenso alle comunicazioni e ai trattamenti relativi ai dati personali (inclusi eventuali dati sensibili) che La riguardano, secondo quanto indicato sopra.

Roma, li.....

..... Firma.....



ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

ALLEGATO A

RETTE DI RICOVERO MENSILI IN VIGORE PRESSO LA CASA DI RIPOSO

	CAMERA SINGOLA	CAMERA DOPPIA
OSPITE AUTOSUFFICIENTE	euro 1.231,20	euro 949,87
OSPITE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	euro 1.423,88	euro 1.423,88

Le suddette rette saranno suscettibili nel corso del tempo, previa deliberazione dell'Amministrazione, di variazioni legate ad incrementi ISTAT o ai mutamenti, certificati dalle strutture sanitarie competenti, dello stato psico-fisico dell'ospite.

L'assegnazione della camera da parte della Direzione è in ogni caso subordinata alla disponibilità ricettiva della struttura ed alle valutate condizioni psico-fisiche dell'ospite.

La retta per i nuovi ospiti decorre dalla data del previsto ingresso nella Casa di Riposo.

La retta deve essere corrisposta dall'ospite o dai parenti entro il giorno 5 del mese di competenza versando l'importo dovuto:

- tramite bonifico bancario a favore dell'Ente sul conto corrente di Tesoreria presso UNICREDIT spa;
- direttamente presso la Tesoreria dell'Ente Agenzia UNICREDIT spa sita all'interno dell'Istituto);
- mediante sottoscrizione del RID.

L'ospite o i parenti, all'atto dell'ammissione devono costituire un deposito cauzionale infruttifero pari a n. 2 mensilità presso la Tesoreria dell'Ente.



INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/2003 - TESTO UNICO SULLA PRIVACY

Ai sensi del D. Lgs. 196/03 – Testo unico sulla Privacy – in relazione ai dati personali, anche idonei a rilevare lo stato di salute, che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento da parte dell'**Istituto Romano di San Michele I.P.A.B.**, la informiamo di quanto segue:

Finalità del trattamento per le quali si concede consenso laddove richiesto (art. 23 D.Lgs 196/03)

Il trattamento dei dati personali (sanitari o sensibili) è diretto esclusivamente ai fini della gestione amministrativa concernente l'attività assistenziale socio-sanitaria.

Modalità del trattamento

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, ad opera di soggetti a ciò appositamente incaricati in ottemperanza a quanto previsto dagli artt. 31 e segg. D.Lgs 196/03. In particolare saranno adottate tutte le misure tecniche, informatiche, organizzative, logistiche e procedurali di sicurezza, come previste dal D.Lgs. 196/03 .

Il trattamento si sostanzia anche nella conservazione presso la sede dell'Istituto dei documenti di carattere sanitario.

Il trattamento dei dati personali è svolto direttamente dall'organizzazione **dell' Istituto Romano di San Michele IPAB.**

Il trattamento è realizzato per mezzo di qualunque operazione o complesso di operazioni (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, copia, cancellazione, distruzione ecc).

I dati personali verranno trattati solo da soggetti incaricati o responsabili nominati dal titolare siano essi medici, professionisti, collaboratori o dipendenti dell' Istituto Romano di San Michele IPAB.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati sensibili oggetto del trattamento è obbligatorio (art. 23, comma 4 del D.Lgs. 196/03).

Rifiuto del conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali impedisce all' **Istituto Romano di San Michele IPAB**, di effettuare l'attività assistenziale socio-sanitaria.



Diffusione di dati

I dati personali non saranno oggetto di diffusione salvo nel caso in cui ciò sia necessario per finalità di prevenzione, accertamento e repressione di reati. Detta eventuale diffusione avverrà nell'osservanza delle disposizioni di legge.

Comunicazione dei dati

I dati personali sensibili con particolare ed espresso riferimento anche a quelli riguardanti lo stato di salute necessari per la gestione del ricovero, la tutela sanitaria e l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e/o assistenziali, possono essere comunicati **dall'Istituto Romano di San Michele** ad altri soggetti quali enti pubblici, medici, consulenti, strutture sanitarie, ASL, società a cui l'ente è assicurato con polizza di responsabilità civile.

Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali non sono trasferiti all'estero.

Diritti dell'interessato

Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 7, 8, 9 e 10 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, rivolgendosi al titolare (oppure al responsabile, se nominato) del trattamento.

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 rettifica 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



ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE - CASA DI RIPOSO
P.le Antonio Tosti 4 Roma, Tel: 06.51858. 371 / 221/205
e-mail – info@irsm.it sito web: www.irsm.it

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, ancorché 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.

Titolare del trattamento è: **Istituto Romano di San Michele con sede in Roma Piazzale Antonio Tosti 4 e per esso il suo legale rappresentante.**



ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE - CASA DI RIPOSO
P.le Antonio Tosti 4 Roma, Tel: 06.51858. 371 / 221/205
e-mail – info@irmsm.it sito web: www.irmsm.it

AL TITOLARE

OGGETTO: Consenso per il trattamento di dati sensibili e comunicazione dati.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ in data _____ dichiara di avere ricevuto per iscritto da parte dell'Istituto Romano di San Michele le informazioni di cui all'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 riguardanti i dati sensibili previsti dal comma 1, lettera d), dell'art.4 del D.Lgs. 196/2003 .

In particolare dichiara di aver liberamente preso atto che i propri dati personali saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso l'Istituto Romano di San Michele e/o per l'erogazione di prestazioni socio- sanitarie e/o assistenziali e che sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Prende atto che per far valere i propri diritti si potrà rivolgere agli Uffici Amministrativi dell'Istituto Romano di San Michele .

Di conseguenza si dà il proprio consenso al titolare, al responsabile ed agli incaricati della struttura ad effettuare:

- Il trattamento dei propri dati personali e sensibili necessari per la gestione del ricovero, la tutela sanitaria, l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e/o socio-assistenziali.
- Alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili con particolare ed espresso riferimento anche a quelli riguardanti lo stato di salute necessari per la gestione del ricovero, la tutela sanitaria e l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e/o assistenziali, ad altri soggetti quali enti pubblici, medici, consulenti, strutture sanitarie, ASL, società a cui l'ente è assicurato con polizza di responsabilità civile.
- ad altri enti pubblici, medici, specialistici o consulenti, organismi sanitari, società a cui l'ente è assicurato con polizza di responsabilità civile, con particolare ed espresso riferimento anche a quelli riguardanti lo stato di salute necessari per la gestione del ricovero, la tutela sanitaria e l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e/o assistenziali.
- Ad inserire i propri dati personali nella targhetta della stanza e negli armadi utilizzati dal/dalla sottoscritto/a, nelle locandine delle feste dei compleanni, periodico interno e/o sito web istituzionale, nelle tabelle con indicazioni per diete o prestazioni.

Data _____

FIRMA _____

ESTRATTO NORMATIVA D.LGS. 196/2003

Art. 4, comma 1, lettera d, D.Lgs 196/2003

“Dati sensibili”, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.



ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

CASA DI RIPOSO

P.le Antonio Tosti 4 Roma, Tel: 06.51858.371 / 221

Informativa sulla procedura di ammissione alla Casa di Riposo adottata dall'Istituto Romano di San Michele

Con la disposizione di servizio n° 3 del 10.08.2010 si è attivata una procedura operativa per l'accesso in Casa di Riposo finalizzata ad ottenere uniformità di comportamento nei confronti di tutti gli interessati che hanno presentato domanda di ammissione.

La procedura prevede che ogni domanda di ammissione alla Casa di Riposo, a seguito di specifica visita, sia accompagnata obbligatoriamente dalla relazione del Medico e dell'Assistente Sociale che deve essere predisposta raccogliendo ogni elemento utile per la valutazione complessiva della situazione socio-sanitaria dell'anziano e inoltrata entro 3 gg. dalla visita all'Ufficio Accettazione, salvo deroghe dovute a circostanze che richiedono approfondimenti e accertamenti più dettagliati

La visita medica e il colloquio con l'assistente sociale devono essere effettuate o il martedì o il giovedì e comunque entrambe le visite nella stessa giorno.

Le relazioni del Medico e dell'Assistente Sociale vengono inserite nel fascicolo che deve essere inviato dall'Ufficio Accettazione entro 7 gg. al Dirigente dell'Area Assistenza il quale, nell'esercizio delle sue funzioni ed al fine di acquisire ogni utile elemento di valutazione, può richiedere ulteriore documentazione clinica e procedere con l'Assistente Sociale ad un secondo colloquio con l'anziano ed i suoi famigliari .

Sulla base degli elementi acquisiti, la Direzione dell'Assistenza decide in ordine alla situazione socio-sanitaria dell'anziano dopo aver esaminato e valutato i seguenti aspetti:

- la documentazione prodotta sul grado di autosufficienza dell'anziano (visita medica);
- lo stato di salute generale e lo stato mentale;
- il carico assistenziale sostenuto e sostenibile dal nucleo familiare;
- l'eventuale preesistente funzione del servizio di assistenza domiciliare o di altri servizi;
- l'eventuale preesistente richiesta di ricovero presso altre strutture protette;
- la compatibilità tra la situazione oggettiva dell'utente e le risorse disponibili della struttura.

A fine istruttoria i dirigenti responsabili, valutati gli elementi succitati e la completezza documentale, decidono in ordine all'ammissione e si impegnano verso l'utente interessato ed i propri famigliari, a comunicare la decisione assunta.

L'utente e di famigliari civilmente obbligati che leggono per conoscenza dichiarano di aver preso atto della procedura indicata e della decadenza della procedura di ammissione in caso di ritardo dell'anziano o del familiare civilmente obbligato a completare la documentazione entro 30 gg. dalla data della visita medica e del colloquio con l'Assistente Sociale.

Roma, li

Firma per presa visione ed accettazione