



DOMANDA DI AMMISSIONE ALLOGGI SOCIALI CASA FRASCOLI

ACC-27
Data: 28/04/2025
Rev. 3

DATA

Spett.le
FONDAZIONE CENTRO RESIDENZIALE
PER ANZIANI MENOTTI BASSANI - ONLUS
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 Alloggio Sociale "Casa Frascoli" 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
 tel. e-mail
 medico curante: nominativo
 tel. e-mail

RELAZIONE DI PARENTELA

Motivazioni della richiesta: ☐ Mancanza di persone di riferimento
☐ Abitazione non idonea
☐ Parziali difficoltà psicofisiche
☐ 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.

NOTE INFORMATIVE:

- 1) validita' 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/ASSEGNATARI)

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

1. Titolare del trattamento dei dati

Il Titolare del trattamento è la Fondazione Centro Residenziale per Anziani Menotti Bassani – ONLUS (cod. fiscale e P. IVA 01319900120), nella persona del legale rappresentante Carlo Sironi, 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 (c.d. DPO - *Data Protection Officer*)

Il DPO nominato è reperibile ai seguenti dati di contatto: Labor Service srl, via Righi n. 29, 28100 Novara (NO), tel.: 0321.1814220, E-mail: privacy@labor-service.it, PEC: pec@pec.labor-service.it

3. Finalità e basi giuridiche 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 della situazione economica, sociale e di salute del potenziale assegnatario di un alloggio sociale "Casa Frascoli" e alla successiva stipula del contratto di locazione ed erogazione di tutte le attività previste dallo stesso (V. Carta dei Servizi) oltre che all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge o dalle disposizioni Regionali in materia. Il trattamento riguarda anche i dati di eventuali famigliari o sanitari di riferimento che hanno in cura l'interessato. Il trattamento dei dati personali ha 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 ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) GDPR. Il conferimento dei dati personali costituisce requisito necessario per essere contattati e per l'effettuazione delle successive fasi di inserimento negli alloggi sociali "Casa Frascoli". In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso alla richiesta e agli altri adempimenti connessi.

4. 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), 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.

5. Trasferimento dei dati e periodo di conservazione

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.

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e, se inseriti nella cartella sanitaria, conservati a tempo illimitato.

6. Diritti dell'interessato

L'interessato può esercitare in qualsiasi momento uno dei diritti previsti dagli artt. 15 e ss. GDPR ossia il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, portabilità, limitazione ed opposizione al trattamento oltre a 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 indicati. 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