



**Istituto Romano di San Michele**

**Domanda di ammissione in Casa di Riposo**



## Domanda di ammissione in Casa di Riposo Toti

Il / la sottoscritto/a .....

*Chiede*

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

*si impegna*

*a corrispondere la retta mensile entro il giorno 5 di ciascun mese essendo informato/a e consapevole dell'attuale ammontare della retta (come riportato nella scheda allegato A);*

*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 da autosufficienza a parziale autosufficienza dell'ospite;*

*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.*

*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;*

*a lasciare o far lasciare all'ospite la Casa di Riposo in caso di ricovero ospedaliero superiore a 2 (due) mesi;*

*al pagamento della retta mensile ovvero ad accreditare la propria pensione presso la Tesoreria dell'Istituto Romano di San Michele - presente all'interno del comprensorio istituzionale di Piazzale Antonio Tosti n. 4.*



Istituto Romano di San Michele

Ai fini della presente domanda il sottoscritto

*Dichiara*

- a) di essere nat ..... il ..... in ..... (.....)
- b) di essere residente in ..... Via ..... n.....
- c) di essere domiciliat in ..... Via..... n..... tel.....  
cod.fisc .....altri recapiti telef.....
- d) di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata ad un periodo di prova di mesi 2 (due), 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;
- e) per gli ospiti i quali non hanno un referente firmatario della dichiarazione di responsabilità si provvederà da parte dell'Istituto alle dimissioni dell'ospite;
- f) di essere a conoscenza che, in caso di ritardato pagamento della retta, l'Istituto applicherà un interesse di mora pari al tasso legale;
- g) di essere a conoscenza che nella eventualità in cui l'ospite venga dimesso e dovesse ritardare l'uscita dall'Istituto sarà dovuta una penale giornaliera pari al doppio della retta;
- h) 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;
- i) di autorizzare l'accredito della pensione presso la Tesoreria dell'Istituto e delegare per il prelievo diretto della retta



Istituto Romano di San Michele

Si allegano 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
3. rilasciato da altro Ente);
4. Libretto sanitario/tessera sanitaria;
5. Codice fiscale;
6. Questionario sanitario (a cura del medico di base) allegato A alla domanda di ammissione;
7. Certificato attestante l'esenzione da malattie infettive (a cura del medico di base) allegato alla domanda di ammissione;
8. 7) Dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte di un familiare o referente e relativa certificazione reddituale – allegato B;
9. 8. Test cutaneo alla tubercolina (se positivo, anche RX torace);
- 10.9. TPHA;
11. HBsAG;
12. HCV;
13. Esami del sangue recenti o pregressi;
14. Elettrocardiogramma con visita cardiologia recente.

Il sottoscritto è consapevole

- che tutta la documentazione sanitaria esibita dovrà essere visionata in sede di visita dal Medico Geriatra della Casa di Riposo;
- che sulla base della propria valutazione multidimensionale il Medico Geriatra della Casa di Riposo esprimerà un giudizio sanitario vincolante sull'idoneità all'ingresso dell'anziano in Casa di Riposo.

L'Istituto si riserva altresì la facoltà di richiedere ulteriore documentazione economico-patrimoniale dei familiari tenuti per legge al suo mantenimento ex art. 433 C.C.sgg.

Roma,     /     /

Firma

---



Istituto Romano di San Michele

## Informativa sulla Privacy

(D. Lgs. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs. 101/2018 - Regolamento UE n. 2016/679)

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, così come modificato dal D. Lgs. 101/2018, e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recanti disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto l'Istituto Romano di San Michele.

Il Titolare del trattamento è l'Istituto Romano di San Michele nella persona del Segretario Generale legale rappresentante pro tempore, Dott. Claudio Panella, domiciliato per la carica presso la sede dell'Istituto sita in P.le Antonio Tosti n. 4 - 00147 Roma.

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è la Dott.ssa Serena Desidera domiciliata per la carica presso la sede dell'Istituto sita in P.le Antonio Tosti n. 4 - 00147 Roma.

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge e sono trattati e conservati per fini gestionali e amministrativi.

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza il Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I Suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Ai sensi degli artt. 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679 Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelino "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

L'Istituto Romano di San Michele non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'art. 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

In ogni momento Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli 7 e dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- ottenere la limitazione del trattamento;
- ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto della portabilità dei dati;
- revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali o ad altra autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con raccomandata A/R indirizzata al Responsabile Protezione Dati (RPD) o al DPO al seguente indirizzo P.le Antonio Tosti n. 4 - 00147 Roma o mediante mail al seguente indirizzo [info@irmsm.it](mailto:info@irmsm.it) utilizzando apposito modulo che sarà reso disponibile sul sito dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Roma, / /

Firma

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso  non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;

esprimo il consenso  non esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;

esprimo il consenso  non esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Roma, / /

Firma



QUESTIONARIO MEDICO ( a cura del medico curante ) allegato A

Cognome e nome.....

nat... in ..... (Prov.....) il.....

residente in..... (Prov.....) Via.....

Tel..... Stato civile ..... Libretto SSN.....

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.....



Istituto Romano di San Michele

Condizioni motorie.....

.....

Condizioni viscerali (vescica e intesti no: 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 (con fusione, aggressione, irritabilità, agitazione).....

.....

.....

Disturbi psichiatrici (ansia, depressione, allucinazioni).....

.....

.....

Interventi chirurgici subiti.....

.....

.....



Istituto Romano di San Michele

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 ) .....





## DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

.....sottoscritt.....  
nata.....in .....(Prov.....) il.....  
e residente in.....(Prov.....) Via.....  
documento di riconoscimento.....  
telefono..... professione.....C.F.....  
in qualità di .....del 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;
- 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 dell'anziano nella struttura;
  - 4) morosità, per pagamento della retta, per oltre due mesi o comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte;
- a corrispondere all'Istituto, in caso di ritardo nell'adempimento dell'obbligazione, una penale giornaliera pari al doppio della retta.

Roma,     /     /

Firma

e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Informativa sulla Privacy

(D. Lgs. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs 101/2018 - Regolamento UE n. 2016/679)

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, così come modificato dal D. Lgs. 101/2018, e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recanti disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto l'Istituto Romano di San Michele.

Il Titolare del trattamento è l'Istituto Romano di San Michele nella persona del Segretario Generale legale rappresentante pro tempore, Dott. Claudio Panella, domiciliato per la carica presso la sede dell'Istituto sita in P.le Antonio Tosti n. 4 - 00147 Roma.

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è la Dott.ssa Serena Desidera domiciliata per la carica presso la sede dell'Istituto sita in P.le Antonio Tosti n. 4 - 00147 Roma.

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge e sono trattati e conservati per fini gestionali e amministrativi.

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza il Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I Suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Ai sensi degli artt. 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679 Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelino "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

L'Istituto Romano di San Michele non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'art. 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

In ogni momento Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli 7 e dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto della portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali o ad altra autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con raccomandata A/R indirizzata al Responsabile Protezione Dati (RPD) o al DPO al seguente indirizzo P.le Antonio Tosti n. 4 - 00147 Roma o mediante mail al seguente indirizzo [info@irmsm.it](mailto:info@irmsm.it) utilizzando apposito modulo che sarà reso disponibile sul sito dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Roma, / /

Firma

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso  non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;

esprimo il consenso  non esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;

esprimo il consenso  non esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Roma, / /

Firma



## Istituto Romano di San Michele

### RETTE DI RICOVERO MENSILE IN VIGORE PRESSO LA CASA DI RIPOSO

	CAMERA SINGOLA	CAMERA DOPPIA
OSPITE AUTOSUFFICIENTE	euro 1.239,82	euro 956,52
OSPITE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	euro 1433,85	