

# *“Fondazione Pietro Sissa”*

*Via G. Verdi, 55 - 46024 Moglia (Mantova)*

*Telefono e Fax Amministrazione 0376 598051-Nuclei di degenza 0376 598123*

*E-mail : [rsa@fondazionepietrosissa.it](mailto:rsa@fondazionepietrosissa.it)*

## **CONTRATTO D'INGRESSO**

PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI

TRA LA FONDAZIONE PIETRO SISSA

E

L'UTENZA DELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

( ai sensi della legge regionale 3/2008 e della dgr n. 2569/2014 )

A seguito della accettazione della domanda presentata per l'ingresso del/della Sig./Sig.ra .....presso la RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE della “FONDAZIONE PIETRO SISSA” , in qualità di ospite/ utente su :

- Posto Letto convenzionato con l'ATS di Mantova
- Posto Letto solvente

TRA

La “FONDAZIONE PIETRO SISSA” (di seguito denominata per brevità **FONDAZIONE**) iscritta nel registro delle Persone Giuridiche della Camera di Commercio di Mantova al NUMERO REA MN -220480, con sede in Via VERDI, 55. – 46024 MOGLIA (MN) – Cod.Fisc. 82000130201– Part. Iva 01331690204 legalmente rappresentata dal Presidente pro-tempore Rag Aldo Arioli, domiciliato per la carica presso la sede della Fondazione

E

Il/la..signor/ra.....  
nato a ..... Prov.....il.....  
residente..a.....Prov.....in..Via.....  
Codice Fiscale.....  
Codice Sanitario.....

In qualità di Ospite della Fondazione per il servizio di :

- R.S.A. su Posto Letto accreditato a contratto con l'ATS di Mantova, dalla data del .....- ( di seguito per brevità indicato come **OSPITE**)
- R.S.A su Posto Letto solvente, dalla data del.....- ( di seguito per brevità indicato come **OSPITE**)

E/O

Il/la signor/ra .....

Nato a.....Prov.....il.....

Residente a .....Prov.....

via .....

Tel.....Cell.....

Fax.....e-mail.....

Codice fiscale.....

In qualità di :

**Terzo (parente o non parente)**

di seguito indicato per brevità come **OBBLIGATO**, che accetta con questa scrittura di divenire obbligato in solido per le prestazioni di cui al presente contratto in qualità di garante e titolare dell'obbligo del pagamento della retta.

E/O

Il/la signor/ra .....

Nato a.....Prov.....il.....

Residente a .....Prov.....

via .....

Tel.....Cell.....

Fax.....e-mail.....

Codice fiscale.....

In qualità di :

**Comune di \_\_\_\_\_**

di seguito indicato per brevità come **OBBLIGATO**, che accetta con questa scrittura di divenire obbligato in solido per le prestazioni di cui al presente contratto in qualità di garante e titolare dell'obbligo del pagamento della retta.

E/O

(da compilare in caso di tutela/curatela/amministratore di sostegno)

Il/la signor/ra .....

Nato a.....Prov.....il.....

Residente a .....Prov.....

via .....

Tel.....Cell.....

Fax.....e-mail.....

Codice fiscale.....

In qualità di :

**Assistito rappresentato da Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno**

di seguito indicato per brevità come “ **TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**”

## **PREMESSO**

Che la "Fondazione Pietro Sissa" è autorizzata e accreditata dalla Regione Lombardia per la gestione di n. 71 posti letto di residenza sanitaria assistenziale, di cui 60 posti letto sono anche a contratto con l'ATS di Mantova;

Che la Fondazione si impegna ad assolvere a tutti gli obblighi che, a prescindere dal richiamo nel presente contratto, derivino dalla L.R.3/2008 s.m.i.;

Che l'accesso alla struttura è subordinato al rispetto di una graduatoria predisposta in base ai criteri individuati nel Regolamento attualmente in vigore relativo all'accoglimento, permanenza e dimissione approvato dal Consiglio di Amministrazione;

Che, in ottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa regionale, l'ospite e/o gli obbligati sono stati informati sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità di offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi, ed hanno optato per il servizio di rsa cui alla pagina 1, secondo quanto previsto dal presente contratto;

Che il/i Sig./Sig.ri che sottoscrive/ono il presente contratto si rende/ono garante/i del corretto adempimento delle obbligazioni contrattuali dell'Ospite; egli/essi sarà/saranno interpellati dalla Direzione per ogni necessità e comunicazione riguardante l'Ospite e si impegnano al trasferimento dell'Ospite quando ricorrano le situazioni previste dal presente contratto ;

Che l'ingresso e la permanenza in RSA non potrà aver corso senza la sottoscrizione del presente contratto da parte degli Obbligati in solido.

## **SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:**

### **ART. 1**

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

### **ART. 2 - PRESTAZIONI A CARICO DELLA FONDAZIONE**

#### **art 2.1**

La Fondazione si obbliga ad erogare assistenza avente natura socio-sanitaria secondo quanto previsto dalla specifica normativa della Regione Lombardia riguardante le RSA e dalla Carta dei Servizi della Fondazione.

Eventuali variazioni, disposte dal Consiglio di Amministrazione, saranno comunicate mediante affissione nella bacheca riservata ai familiari, posta all'ingresso della Struttura e comunque con ogni altro mezzo ritenuto idoneo.

#### **art. 2.2**

Il trattamento nella Residenza Sanitaria Assistenziale comprende, nella quota di retta pagata, tutti i servizi e le prestazioni previste dalla normativa della Regione Lombardia vigente in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento, di cui l'Ospite necessita durante la sua permanenza in struttura.

In particolare le prestazioni a carico della Fondazione sono quelle descritte nella “Carta dei Servizi” - ( allegato 1 al presente contratto) – e nel “ Regolamento interno per la gestione della vita comunitaria in RSA” – (allegato 2 al presente contratto)

Nella retta sono compresi gli obblighi di custodia di beni, nel limite della disponibilità logistica della struttura, di assicurazione, di rispetto della privacy, di rispetto dei protocolli assunti, di rendere nota la Carta dei servizi, di costituire documentazione sanitaria e socio-sanitaria.

La retta non comprende la fornitura di protesi quali occhiali, dentiere, arti artificiali, ecc., spese telefoniche, prestazioni richieste dall’utente o dai suoi famigliari (non prescritte direttamente dalla Struttura) ed ogni altra prestazione non prevista espressamente nella Carta dei Servizi.

#### **art. 2.3**

La Struttura garantisce la stipula delle assicurazioni previste dalla vigente normativa.

Gli ospiti sono comunque invitati a non trattenere presso sé oggetti di valore o denaro. La struttura non si assume alcuna responsabilità in caso di furto o loro smarrimento, se non in custodia presso l’Ente.

#### **art. 2.4**

La Direzione sanitaria provvede ad assegnare il posto letto libero. E’ facoltà della stessa prescrivere variazioni del posto letto ( nucleo e/o stanza di degenza ) in base alle variate necessità dell’Ospite stesso o per motivi di ordine organizzativo relativi alla gestione del reparto.

#### **art. 2.5**

Nel caso in cui il familiare, direttamente o avvalendosi di terza persona, desideri in qualsiasi forma intervenire nell’assistenza dell’ospite (spostamenti, assistenza al pasto, ecc) dovrà fornirne specifica richiesta alla Direzione Sanitaria della Fondazione che, potrà autorizzarla, salvo diverse indicazioni di carattere organizzativo o sanitario.

**Il Firmatario/l’Obbligato** si impegna a provvedere, a proprie spese, al trasferimento qualora l’anziano non possa o non voglia più restare presso la RSA.

### **ART.3 - PRESTAZIONI A CARICO DELL’UTENTE E DELL’OBBLIGATO**

#### **Art. 3.1**

La quota giornaliera del soggiorno al momento della stipula del presente contratto è fissata in € 54,50 per i posti accreditati a contratto con l’ATS di Mantova e in € 84,00 per i posti solventi - non contrattualizzati con l’ASL.

E’ prevista una integrazione giornaliera di € 25,00 per occupazione di un posto letto convenzionato ATS in stanza singola; la richiesta deve essere formulata per iscritto da parte dell’ospite e/o familiare e verrà accolta scorrendo una graduatoria predisposta in ordine cronologico in base alla data della domanda, non appena la struttura sarà in grado di offrire questa disponibilità.

A maggior chiarimento di quanto già esplicitato negli artt. precedenti:

#### **3.1.a) la retta giornaliera per i posti letto accreditati a contratto con l’ATS non comprende i costi relativi ai seguenti beni e/o servizi, che restano a carico dell’ospite**

- protesi quali occhiali, dentiere, arti artificiali, ecc.;
- presidi sanitari, quali calze elastiche, tutori ortopedici, ecc.;
- visite specialistiche richieste dall’utente o dai suoi famigliari (non prescritte direttamente dai medici della Struttura) ed ogni altra prestazione non prevista espressamente nella Carta dei Servizi;
- trasporti da e per gli ospedali, per ricoveri e/o effettuazione di visite specialistiche, ad eccezione di quelli effettuati per emergenze sanitarie (118).

**3.1.b) la retta giornaliera per i posti letto accreditati/solventi non comprende i costi relativi ai seguenti beni e/o servizi, che restano a carico dell'ospite o del SSN:**

- farmaci, parafarmaci, esami diagnostici di laboratorio e visite specialistiche ed ogni altra prestazione non prevista espressamente nella Carta dei Servizi; l'utente mantiene infatti il proprio medico di Medicina generale, che si farà carico delle prescrizioni; i farmaci prescritti dovranno essere consegnati all'infermiere della RSA, che provvederà alla somministrazione secondo il piano terapeutico individualizzato;
- ausili per incontinenti (pannoloni)
- protesi quali occhiali, dentiere, arti artificiali, ecc.;
- presidi sanitari, quali calze elastiche, tutori ortopedici, ecc.;
- carrozzine per infermi personalizzate
- trasporti da e per gli ospedali, per ricoveri e/o effettuazione di visite specialistiche, ad eccezione di quelli effettuati per emergenze sanitarie (118).

All'ingresso in struttura deve essere versato un deposito cauzionale, che al momento della stipula del presente contratto è fissato in € 1.500,00; il deposito è fruttifero (tasso dello 0,020%) e della sua costituzione dovrà essere data evidenza al momento dell'ingresso, mediante presentazione di ricevuta di versamento.

La restituzione della cauzione, con gli interessi maturati, avviene in seguito a dimissione/decesso dell'ospite a fronte della presentazione della ricevuta del pagamento della fattura relativa all'ultimo periodo di soggiorno.

La cauzione dovrà essere versata dall'Obbligato ed a Questi sarà restituita con lo scioglimento del rapporto contrattuale.

**art. 3.2**

La retta decorre dalla data di disponibilità della camera. Tale retta sarà fatturata mensilmente e dovrà essere pagata entro il giorno 15 del mese successivo data fattura.

Il pagamento della retta dovrà essere eseguito **tramite bonifico bancario** su uno dei conti correnti intestati alla Fondazione:

- **IBAN: IT 81D0103057730 000010223059 – Monte dei Paschi di Siena –Ag. Moglia**
- **IBAN: IT 97I0335901600100000140131- Banca Prossima/Gruppo Intesa San Paolo (presso Banca Intesa Paolo Moglia)**
- **tramite SSD ( ex RID).**

In caso di mancato pagamento della retta mensile entro i termini di scadenza, la Fondazione potrà addebitare interessi di mora al tasso ufficiale di sconto maggiorato di un punto percentuale.

Nel caso in cui il posto letto non sia occupato entro i termini temporali previsti dal "Regolamento per gli accoglimenti" e trattasi di posto letto contrattualizzato ATS, la Fondazione emetterà fattura per l'importo della retta maggiorata della quota regionale giornaliera di contributo, corrispondente alla classe di fragilità SOSIA risultante dalla valutazione medica fornita dal Responsabile Sanitario della Fondazione all'atto della domanda di ingresso.

La retta è dovuta anche per le assenze temporanee dell'Ospite dalla Residenza, a qualunque titolo esse siano dovute (ricovero ospedaliero, rientro in famiglia ecc..).

Qualora l'assenza – non ospedaliera - si protragga oltre il 10° giorno in modo continuativo oppure nell'arco di un anno l'assenza superi i 20 gg complessivi, il corrispettivo giornaliero da pagare è costituito dalla retta di degenza maggiorato di un importo pari al mancato contributo regionale, corrispondente alla classe di fragilità SOSIA, decurtato di Euro 10,00 per la mancata fruizione del pasto.

Non è prevista alcuna maggiorazione per le assenze dovute a ricovero ospedaliero

**art. 3.3 ( articolo da non considerare nel caso in cui il contratto sia sottoscritto dal'Amministratore di sostegno o da un Comune )**

Il Garante, in qualità di fidejussore, garantisce personalmente il pagamento della retta mensile dovuta a seguito della permanenza dell'Ospite presso la Fondazione.

Sono espressamente esclusi il beneficio della preventiva escussione del debitore principale e l'applicazione dell'art. 1957 c.c. che deve intendersi quindi derogato.

Ove il credito vantato dalla Fondazione superi l'importo di 15.000 € sarà facoltà della stessa di interrompere le prestazioni rese in favore dell'Ospite o di pretendere la prestazione di ulteriore, congrua ed adeguata garanzia idonea a soddisfare quanto dovuto in favore della Fondazione.

**art. 3.4**

A fronte delle prestazioni erogate, i sottoscrittori del presente contratto si obbligano in solido al pagamento mensile dell'importo della retta, nelle modalità indicate dalla Fondazione.

L'importo della retta di degenza viene fissato dal Consiglio di Amministrazione, generalmente una volta l'anno, che provvede alla comunicazione dell'avvenuta variazione agli Obbligati, mediante comunicazione scritta.

La decorrenza dell'aumento della retta non può essere retroattiva.

Agli Obbligati viene data comunicazioni scritta anche di ogni altra variazione delle condizioni contrattuali.

Gli Obbligati, nel termine di giorni quindici, avranno facoltà di recedere dal presente contratto mediante comunicazione scritta da far pervenire alla sede della Fondazione. Il contratto si intende risolto con l'uscita dalla struttura a cura e spese degli Obbligati entro cinque giorni dal ricevimento della manifestazione di recesso. Nel silenzio degli Obbligati il corrispettivo così come variato, si intenderà accettato, come pure le altre eventuali modifiche contrattuali .

**art. 3.5**

L'Ospite ed gli Obbligati si impegnano a fornire tutti i documenti richiesti per il perfezionamento della pratica di accoglimento il cui elenco è fornito dall'Ufficio di Segreteria.

Gli Obbligati sono tenuti con puntualità ad aggiornare, in caso di variazione, sia l'anagrafica e la situazione pensionistica dell'Ospite sia i propri dati (residenza, recapiti telefonici, stato di famiglia, riferimenti bancari); in caso di ritardi od omissioni graveranno sugli Obbligati le spese e gli eventuali danni.

Gli obbligati sono tenuti ad informare la Fondazione in caso di assenza o ferie in modo da essere reperiti in caso di necessità.

**ART.4 - CERTIFICAZIONI FISCALI**

La Fondazione rilascerà ad ogni ospite una certificazione delle rette ai fini fiscali entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

**ART. 5 - IPOTESI DI RECESSO, DI RISOLUZIONE DEL CONTRATTO O DI DIMISSIONI**

**art.5.1**

La Struttura non garantisce il mantenimento del posto letto qualora si verifichino le seguenti condizioni:

- scadenza del trentesimo giorno di assenza consecutivo;
- in caso di insolvenza del pagamento della retta trascorsi trenta giorni dal ricevimento del sollecito di pagamento;
- nel caso in cui un familiare somministri o autorizzi la somministrazione di qualsiasi tipo di medicinale o trattamenti alla persona, di bevanda o cibo, o senza previa autorizzazione della Direzione Sanitaria della Struttura, correttamente riportata nel fascicolo-socio sanitario;
- nel caso di lesione del rapporto fiduciario tra l'ospite e/o il suo familiare e gli operatori della Struttura ad insindacabile giudizio del Direttore Sanitario;

- nel caso in cui l'evoluzione psico-fisica dell'Ospite richieda un trattamento sanitario che la struttura non sia in grado di garantire.

In caso di recesso del contratto o dimissioni dell'Ospite, la Struttura ha l'obbligo di darne tempestiva comunicazione agli uffici competenti dell'ATS e del Comune di residenza dell'Ospite.

La Fondazione potrà recedere con comunicazione scritta agli Obbligati nel caso di reiterati e gravi ritardi o non avvenuti pagamenti delle quote di rette a carico dell'Ospite. In questi casi, il recesso potrà ricorrere a condizione che la Fondazione abbia adempiuto ai propri obblighi normativamente sanciti. Altri motivi di recesso, possono risiedere nell'impossibilità da parte dell'organizzazione socio-sanitaria della Fondazione di gestire l'Ospite, ovvero quando sono ripetutamente violate le regole di convivenza previste dalla Carta dei Servizi e questo faccia insorgere seri e comprovati motivi di incompatibilità con la vita dell'Istituzione o qualora le stesse incompatibilità sorgono con uno o più parenti dell'Ospite.

In questi casi, la Fondazione si attiverà affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune e dall'A.S.L.

L'Ospite sarà accompagnato in condizioni di sicurezza presso il domicilio di uno dei sottoscritti con imputazione di ogni spesa conseguente.

Nel caso la qualità del servizio dovesse essere ritenuta non congrua dall'Utenza e anche nel caso in cui venga invocata quale causa di risoluzione per inadempimento, ciò non potrà mai costituire motivo di mancato pagamento della quota di retta dovuta.

La richiesta di dimissione o di trasferimento dell'Assistito, deve essere inoltrata per iscritto almeno 7 giorni prima dell'evento. Il mancato preavviso comporta l'addebito nella nota spesa mensile di un importo pari alla retta giornaliera maggiorata di un importo corrispondente al mancato contributo regionale, moltiplicata per il numero dei giorni di non occupazione del posto letto fino ad un massimo di sette.

La dimissione o il trasferimento presso altra Struttura effettuati, su richiesta del familiare, in una fascia oraria diversa da quella prevista nel Regolamento interno, comporta l'addebito della retta giornaliera.

## **ART.6 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.lgs. 196/2003 e s.m.i. legge sulla privacy)**

L'Ospite e/o l'avente diritto in riferimento al D.Lgs.196/2003 e successive modifiche e integrazioni concernente "Codice in materia di protezione dei dati personali", dichiara/dichiarano di essere stati informati sulle finalità e sulle modalità del trattamento cui sono destinati i dati.

I dati personali forniti alla Fondazione, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi e/o strumentali ai servizi assistenziali/sanitari offerti, formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio anche di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

**La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria**, ma ricordiamo che l'ente non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria e nell'esecuzione delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente da Lei o tramite altra documentazione medica in Suo possesso o tramite accertamenti o visite, tutti i dati relativi alla persona del ricoverato, ritenuti utili ai fini clinici. **In mancanza del conferimento di dati, l'ente non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi.**

Per i dati necessari e sufficienti, sarà fatta **comunicazione** di essere all'interno della Fondazione a tutto il personale incaricato, ed all'esterno dell'Ente, a:

- Tesoriere dell'Ente per provvedere alla riscossione delle rette di ricovero;
- ASL, Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;

- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi;
- Fornitori della Fondazione ed Enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico e clinico;

Per ulteriori garanzie, La informiamo che:

- tutto il personale è stato formato ed informato al rispetto del D.Lgs.196/03.
- in relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs.196/03 (che alleghiamo), tra cui in particolare, il diritto di conoscere i Vostri dati personali registrati, ottenerne la cancellazione quando consentito dalla legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporVi a trattamenti specifici;
- il titolare del trattamento dei dati è il Presidente; il responsabile del trattamento dei dati sanitari è il Direttore Sanitario; il responsabile del trattamento dei dati amministrativi è il Direttore Amministrativo.

In particolare, ai sensi dell'art.81 ed 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

#### PER CONSENSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Figlio
- Coniuge
- Amministratore di Sostegno
- Tutore
- Curatore

**ricosce** che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta e pertanto;

**dichiara di** aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona ricoveranda e dei propri;

**acconsente**, inoltre, a che possa essere data informazione relativamente alla presenza dell'interessato presso questa struttura a:

- a nessuno
- solo a .....
- a tutti coloro che lo richiedano

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del **nome e del cognome** per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere impiegate per finalità ricreative all'interno della struttura, distribuite ai familiari e utilizzate per la redazione di **pubblicazioni** su carta stampata distribuite all'interno della struttura e ai familiari degli ospiti;

Il sottoscritto, in qualità di persona responsabile del soggetto interessato e sopra identificato, esprime esplicito consenso per i trattamenti suddetti.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



**ART. 7**

Per qualunque controversia inerente e/o relativa e/o conseguente al presente contratto è eletto in via esclusiva il Foro di Mantova.

**ART. 8**

Le parti approvano ed accettano espressamente le clausole citate nel presente contratto.

Luogo e data, .....

L'OSPITE/TUORE/AMM.RE DI SOSTEGNO

GLI OBBLIGATI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE (o delegato)

\_\_\_\_\_

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'ospite non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X". Si prevede siano 1 Infermiere in turno e il medico di struttura a procedere alla verifica della tutela della dignità e della volontà dell'Ospite (ai sensi dell'art. 9, co. 82, lett. a), e art. 84), confermando che la "X" è stata apposta dall'ospite, il quale è stato messo a conoscenza di quanto sopra riportato.

1° Testimone Nome e Cognome (leggibile).....

Firma .....

2° Testimone Nome e Cognome (leggibile).....

Firma .....

Allegati:

- 1) Carta dei servizi
- 2) Regolamento interno per la gestione della vita comunitaria in RSA
- 3) Delega per formulare richieste –ricevere informazioni sullo stato di salute dell'ospite – ritirare documentazione **da restituire – sottoscritta - alla Direzione Sanitaria**
- 4) Consenso informato all'effettuazione di test ed esami clinici **da restituire -sottoscritto - alla Direzione sanitaria**
- 5) Modulo trasferimento residenza

Firma per ricevuta

-----

L'Ospite/L'Obbligato consegna alla Fondazione, alla sottoscrizione del contratto:

- 1) Fotocopia del versamento del deposito cauzionale

Firma per ricevuta del funzionario incaricato della Fondazione

-----

# “Fondazione Pietro Sissa”

Via G.Verdi,55 - 46024 Moglia (Mn)

Tel./Fax Amministrazione 0376 598051 - Nuclei di degenza 0376 598123

## DELEGA PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI EX ART.7 D.LGS 196/03

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

---

### DELEGA

Il sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

A

FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI

ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

RELATIVA ALLA MIA PERSONA ed in particolare AL MIO STATO DI SALUTE

---

#### Delegato

Si richiede al delegato di consegnare la propria firma

(firma del delegato) \_\_\_\_\_

in quanto persona responsabile individuata dall'interessato, per la Fondazione Pietro Sissa.

Si ricorda che la presente delega dovrà essere accompagnata da documenti idonei alla verifica dell'identità del delegato e del delegante.

---

#### Delegante

In fede

Firma del delegante OSPITE \_\_\_\_\_

---

#### Testimone

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'interessato non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X" e si prevede che sia il Direttore sanitario o un MEDICO incaricato suo delegato a procedere alla verifica della volontà dell'Ospite ed alla sottoscrizione con firma.

In fede

Nome e cognome Responsabile Sanitario /MEDICO  
incaricato \_\_\_\_\_

Firma Responsabile Sanitario/MEDICO incaricato \_\_\_\_\_

# “Fondazione Pietro Sissa”

Residenza sanitaria assistenziale

CONSENSO INFORMATO PER TEST HIV, HBV, HCV, VDRL

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del **Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs 196/03)** che,

al fine esclusivo di tutelare la sua salute e di consentire agli operatori sanitari di adottare le necessarie procedure per la tutela della propria e dell'altrui salute, come previsto dal protocollo sanitario aziendale e dalla normativa sanitaria vigente,

*questo Ente necessita di sottoporre i propri ospiti ai seguenti esami:*

- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HIV (virus responsabile dell'AIDS)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HBV (virus responsabile dell'epatite B)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HCV (virus responsabile dell'epatite C)
- Test VDRL (test sierologico per la diagnosi della sifilide)
- 

La informiamo, inoltre che:

- i dati relativi al test HIV sono trattati nel rispetto della Legge 135/90 (Disposizioni sulla lotta all'AIDS): essi saranno tutelati dal più stretto riserbo e conservati separatamente;
- i dati relativi a tutti i test sono coperti da segreto professionale, e sono comunicati solo ed esclusivamente alle persone strettamente e necessariamente coinvolte nelle procedure relative agli scopi di cui sopra;

Si chiede quindi che il/ la, sig./sig.ra \_\_\_\_\_, accolto/a presso l'ENTE quale ospite, esprima il proprio consenso nella seguente forma

PER CONSENSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di: (Figlio, Genitore, Coniuge, Tutore, Curatore) \_\_\_\_\_

**viene edotto dal medico competente e riconosce** che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta e pertanto;

**dichiara di** aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e

ACCONSENTE / NON ACCONSENTE  
(cancellare la parte che NON interessa)  
all'esecuzione dei test diagnostici sopra elencati

ACCONSENTE / NON ACCONSENTE  
(cancellare la parte che NON interessa)

a che vengano raccolti da altre fonti dati ed informazioni già esistenti pertinenti alla possibili infezioni di cui sopra.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

*“Fondazione Pietro Sissa”*

*Residenza sanitaria assistenziale*

Via G.Verdi, 55-46024 Moglia(Mn)

Tel/Fax Amministrazione 0376 598051- Nuclei di degenza 0376 598123

P.Iva 01331690204 - E-mail: [rsa@fondazionepietrosissa.it](mailto:rsa@fondazionepietrosissa.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
(coniuge, figlio/a, nipote,...)

chiede di trasferire presso la Fondazione Pietro Sissa  
in Via Verdi 55 – Moglia (MN), la residenza del

Sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Moglia, lì \_\_

*“Fondazione Pietro Sissa”*

*Residenza sanitaria assistenziale*

Via G.Verdi, 55-46024 Moglia(Mn)

Tel/Fax Amministrazione 0376 598051- Nuclei di degenza 0376 598123

P.Iva 01331690204 - E-mail: [rsa@fondazionepietrosissa.it](mailto:rsa@fondazionepietrosissa.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

chiede di trasferire la propria residenza presso la  
Fondazione Pietro Sissa in Via Verdi 55 – Moglia (MN)

Firma

\_\_\_\_\_

Moglia, lì