



Complesso Residenziale per Anziani

“Le Ville di Porta Romana”

Proprietà: Società di Esecutori di Pie Disposizioni in Siena – ETS
Sede legale: Via Roma, n. 71
Tel: 0577/284300 – E mail info@piedisposizioni.it

RSA Villa San Bernardino

Residenza Sanitaria Assistenziale

Via E. S. Piccolomini, n. 2/2bis -53100 SIENA
Tel: 0577/382652 – Fax: 0577/382753 –
E-mail:residenze@villeportaromana.com

DOMANDA DI AMMISSIONE

SIENA,.....

Il/La Sig./ra. (cognome).....(nome).....

nato/a a(.....) il

residente a Via.....

n..... C.F.....

Tel.....

Dichiara di :

☐ avere come amministratore di sostegno:

Cognome.....Nome.....

☐ non avere un amministratore di sostegno

CHIEDE DI ESSERE OSPITATO\A presso codesta struttura:

☐ a tempo indeterminato;

☐ a tempo determinato per n..... mesi.

A tal fine allega alla presente domanda la scheda di valutazione della propria situazione psico-fisica, debitamente compilata dal medico di fiducia.

Afferma, infine, che, per eventuali urgenti comunicazioni, è anche possibile far riferimento alle seguenti persone:

Cognome.....Nome.....
Luogo di nascita.....(.....)
Data di nascita.....
Residenza: città....., (.....),
indirizzo: via..... n.....
C.F.:.....
Eventuale grado di parentela.....
Tel.....
e – mail.....

Cognome.....Nome.....
Luogo di nascita.....(.....)
Data di nascita.....
Residenza: città..... (.....),
indirizzo: via..... n.....
C.F.:.....
Eventuale grado di parentela.....
Tel.....
e – mail.....

Dichiara di essere a conoscenza che, in caso di accoglimento della presente istanza, il contratto di ospitalità dovrà essere firmato, oltre che dal sottoscritto o dal suo legittimo rappresentante, anche da un soggetto garante dell'adempimento delle obbligazioni assunte. Si impegna, infine, a comunicare per iscritto all'indirizzo: residenze@villeportaromana.com qualsiasi variazione dovesse intervenire alle informazioni sopra riportate.

In attesa di cortese riscontro, porge distinti saluti.

(Firma)

Il sottoscritto, a conoscenza delle disposizioni di previste dal Nuovo Regolamento UE 679/16 (GDPR) sulla riservatezza dei dati personali e sensibili, autorizza il trattamento dei dati sopra indicati e di quelli riportati nella scheda allegata, al solo ed esclusivo scopo di consentire la valutazione per l' eventuale inserimento residenziale nella Villa San Bernardino di Siena dove ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste. E' consapevole che titolare del trattamento è la Società di Esecutori di Pie Disposizioni, con sede in Siena, vis Roma n. 71, cui può essere chiesto, in qualsiasi momento, quanto previsto dall'art. 7 del suddetto Regolamento UE : Reg.to UE 2016/679: Artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 - Diritti dell'Interessato. Informativa completa è possibile richiederla in segreteria, consultarla o leggerla dalla bacheca delle comunicazioni agli interessati. Responsabile di coordinamento del trattamento é soggetto designato per il riscontro all'interessato è il Direttore di Villa San Bernardino, Dott.ssa Caterina Franchi.

Responsabile della protezione dei dati: Responsabile della protezione dei dati è Sicurdata Srl nella persona di Claudia Giugni. Si elencano di seguito le informazioni di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati: a) Telefono: 055/750808; b) Indirizzo: Via Campoli n. 24 – 50026 San Casciano Val di Pesa (FI); c) PEC: sicurdatasrl@pec.pec-opendata.com; d) Indirizzo mail: dpo.sicurdata@opendata.it.

(Firma)

VALUTAZIONE DEL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

(da compilarsi a cura del Medico Curante)

Cognome _____ Nome _____

1. Eventi morbosi pregressi

.....
.....

2. Patologie in atto

.....
.....
.....

3. Terapie in atto ☐ Nessuna ☐ Fisica ☐ Dietetica

☐ Farmacologica (specificare)

.....
.....
.....

4. Provenienza da ☐ Abitazione ☐ Ospedale ☐ Casa di cura

5. Stato nutrizionale ☐ Carente ☐ Normale ☐ Eccessivo

6. Nutrizione ☐ Per os ☐ Peg ☐ Sng

7. Eventuali intolleranze/allergie alimentari a.....

8. Peso corporeo KG..... Altezza cm

9. Deficit di vista ☐ sì ☐ no ☐ corretto ☐ non corretto

10. Deficit di udito ☐ sì ☐ no ☐ corretto ☐ non corretto

11. Deficit di linguaggio ☐ no ☐ (afasia con buona comprensione) ☐ afasia totale

12. Incontinenza ☐ no ☐ feci ☐ urine ☐ catetere

13. Mobilità ☐ Normale ☐ Cammina con aiuto

☐ Costretto in sedia ☐ Costretto a letto

14. Valutazione grado autosufficienza : ☐ Si alimenta da solo ☐ Si veste da solo

15. Lesioni cutanee: ☐ sì ☐ no ☐ 1° grado ☐ 2° grado ☐ 3° grado ☐ 4° grado

16. Stato mentale e psichico: ☐ normale ☐ confuso ☐ depresso ☐ ansioso ☐ deficit
cognitivo medio ☐ deficit cognitivo grave ☐ disturbi del comportamento

Data.....

Timbro e firma del Medico Curante

Indirizzo: Via....., n.....

Città.....

Tel.....