



Complesso Residenziale per Anziani

“Le ville di Porta Romana”

Proprietà: Società di Esecutori di Pie Disposizioni -
ONLUS

Sede legale: Via Roma, n. 71

Tel: 0577/284300 – Fax: 0577/284347 – E-mail:
opere.pie@libero.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

Villa I Lecci

Via E. S. Piccolomini, n. 1/3 -53100 SIENA

Tel: 0577/38252 – Fax: 0577/382753

E-mail: residenze@villeportaromana.com

SIENA,.....

Il/La sottoscritto/a (cognome)..... (nome).....
nato/a a(.....) il
residente a, Via.....,
n....., C.F.....,
Tel.....

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 del proprio grado di autosufficienza, debitamente compilata dal medico di fiducia.

Dichiara, inoltre, di preferire una sistemazione in:

- camera singola;
- posto letto in camera doppia;
- posto letto in appartamento;
- appartamento (uso esclusivo).

Nel caso di appartamento indicare se si desidera:

- completare l'arredo base esistente con propria mobilia.
- ricevere l'alloggio completamente arredato.

Afferma che per eventuali urgenti comunicazioni è possibile far riferimento anche a:

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

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, porgo 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.Marco Brogi.

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. Peso corporeo KG..... Altezza cm

8. Deficit di vista sì no corretto non corretto

9. Deficit di udito sì no corretto non corretto

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

11. Incontinenza no feci urine catetere

12. Mobilità Normale Cammina con aiuto

Costretto in sedia Costretto a letto

13. Valutazione grado autosufficienza Si alimenta da solo Si veste da solo

14. Lesioni cutanee sì no 1° grado 2° grado 3° grado 4° grado

15. Stato mentale e psichico normale confuso depresso ansioso deficit cognitivo

Data.....

Timbro e firma del Medico Curante

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

Città.....

Tel.....