

## M0901-1 Scheda di ammissione (privati)

## DOMANDA DI AMMISSIONE

Data, \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale della  
Residenza "L'Annunziata"  
Loc. Maunera 64  
12040 SOMMARIVA PERNO

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ (dati dell'ospite) Prov. Di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. Di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ cognome e nome del coniuge \_\_\_\_\_

paternità \_\_\_\_\_ maternità \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere accolto presso codesta struttura

**A tal fine si impegna :**

1. a comunicare tempestivamente eventuali rinunce;
2. ad osservare il Contratto di Ospitalità;
3. ad accettare eventuali provvedimenti motivati di dimissione.

**Dichiara**di garantire che la retta ed i suoi eventuali aumenti sarà corrisposta da  
(nome, cognome e relazione di parentela) \_\_\_\_\_**Comunica**

i seguenti nominativi ed indirizzi di familiari e/o conoscenti ai quali l'Ente potrà rivolgersi in caso di necessità :

|                      |       |  |  |  |
|----------------------|-------|--|--|--|
| Cognome e Nome       |       |  |  |  |
| Grado di parentela   |       |  |  |  |
| Indirizzo            | Via   |  |  |  |
|                      | CAP   |  |  |  |
|                      | Città |  |  |  |
| Telefono / Cellulare |       |  |  |  |
| e-mail               |       |  |  |  |

Periodo di soggiorno previsto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  a tempo indeterminato

Distinti saluti.

Firma \_\_\_\_\_

(firma dell'ospite o di chi ha compilato la pagina 4)**Da restituire con gli altri documenti 15 giorni prima dell'ingresso.**

**M0901-1 Scheda di ammissione (privati)**

# INFORMATIVA RELATIVA ALLA TUTELA DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi e per gli effetti degli artt. 13, 23 e 26 del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196)

La MIR SpA, la cui sede legale è in Sommariva Perno, Loc. Maunera, 64, Titolare dei trattamenti, La informa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che:

- 1) il suddetto D.Lgs. prevede una serie di obblighi in capo a chi effettua "trattamenti" (cioè raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, comunicazione, diffusione, ecc.) di dati personali riferiti ad altri soggetti (c.d. "interessati");
- 2) il trattamento dei Suoi dati personali di cui siamo in possesso o che Le saranno richiesti o che ci saranno comunicati da Lei o da terzi è svolto/sarà svolto in esecuzione di:
  - obblighi legali e contrattuali relativi al rapporto fra noi stipulato;
- 3) in particolare, il trattamento dei Suoi dati personali sarà svolto ai fini di:
  - prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte a tutela della salute o dell'incolumità fisica e mentale dell'interessato;
  - adempimento di obblighi fiscali e contabili;
- 4) in occasione di tali trattamenti, la MIR SpA verrà a conoscenza di dati che il D.Lgs. 196/2003 definisce "sensibili" in quanto idonei a rivelare, ad esempio:
  - uno stato di salute;
  - convinzioni religiose;
- 5) le suddette finalità possono comportare la necessità/opportunità di trattare dati relativi ad altri soggetti (es. coniuge, figli, persone a carico);
- 6) il trattamento avverrà con sistemi manuali e/o automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse, sulla base dei dati in nostro possesso e con impegno da parte Sua di comunicarci tempestivamente eventuali correzioni, integrazioni e/o aggiornamenti;
- 7) ogni trattamento avverrà nel rispetto delle modalità di cui all'artt. 11, 31 e seguenti del Codice della Privacy e mediante l'adozione delle misure minime di sicurezza previste dal disciplinare tecnico (Allegato B);
- 8) per quanto riguarda il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, per le finalità di cui sopra, il Garante ha rilasciato la prescritta autorizzazione (n. 2/2004 – G.U. 190/04);
- 9) i Suoi dati, per obblighi di legge o per esclusive ragioni funzionali nell'ambito dell'esecuzione del rapporto, saranno comunicati:
  - ai seguenti enti pubblici e privati con finalità prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione: aziende sanitarie locali e/o aziende ospedaliere di riferimento, Ospedale di riferimento tramite 118 in caso di ricovero al Pronto Soccorso per emergenza clinica insorta, strutture sanitarie pubbliche o private, Società di Assicurazione con cui intercorre un contratto, farmacie, amministrazioni comunali, sostituti dei medici curanti incaricati, medici della Continuità Assistenziale, personale del Servizio di Emergenza Territoriale, negozi di ortopedia, ecc.;
  - ai seguenti enti con finalità di pratiche fiscali, contabili e amministrative: istituti di credito, società di revisione, società di recupero, cessione e tutela del credito, aziende sanitarie locali e/o aziende ospedaliere, consorzi socio assistenziali, amministrazioni comunali, consulente commercialista, consulente legale, farmacie, negozi di ortopedia, ecc.;
  - se richiesto, anche a seguito di verifiche, ispezioni, accertamenti e controlli, dai seguenti organi: uffici locali delle Agenzie per le Entrate ed altri organi dell'amministrazione finanziaria, autorità giudiziaria, ecc.;
  - a soggetti che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di normativa secondaria o comunitaria;
- 10) l'ambito di eventuale comunicazione dei dati sarà europeo;
- 11) è prevista la possibilità di diffondere i dati stessi a soggetti indeterminati nell'ambito dell'Unione Europea;
- 12) il conferimento dei dati da parte Sua ha natura obbligatoria e i dati sono indispensabili per l'adempimento degli obblighi legali o derivanti dal rapporto in corso o da eventuali futuri rapporti;
- 13) in caso di Suo rifiuto a conferire i dati, a consentire al loro trattamento e alla loro comunicazione ai suddetti soggetti può derivare l'impossibilità di perseguire le finalità di cui sopra;
- 14) Titolare del trattamento è la MIR SpA - Località Maunera, 64 – 12040 Sommariva Perno (CN);
- 15) nei Suoi confronti è previsto l'esercizio di alcuni diritti, in particolare:
  - conoscere l'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro comunicazione in forma intelleggibile;
  - essere informato sul titolare, sulle finalità e sulle modalità del trattamento e sull'eventuale responsabile, sui soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati;
  - ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati;
  - ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi;
  - opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati, salvi i limiti stabiliti dalla legge;
  - opporsi all'invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il testo completo dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 relativo ai diritti dell'interessato è disponibile presso gli uffici della MIR SpA e sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

## RACCOLTA DI CONSENSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, pienamente informato/a ai sensi dell'art. 13 del DLgs.

(dati dell'ospite)

196/2003 sul trattamento dei miei dati personali, presa visione dell'informativa, ai sensi dell'art. 23 dello stesso:

### ESPRIMO IL CONSENSO

data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_  
(firma dell'ospite o del Tutore legale o, in caso di incapacità dell'ospite, del parente)

## M0901-1 Scheda di ammissione (privati)

**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE E IMPEGNATIVA**

Il sottoscritto .....  
*(dati di chi si fa carico dei pagamenti)*  
nato a ..... Prov. di ..... il .....  
residente..... Prov. di ..... CAP .....  
Via.....N.....Tel. ....  
in relazione alla domanda di ammissione del/la Sig./Sig.ra .....

**dichiara**

di aver preso visione del Contratto di Ospitalità della Residenza "L'Annunziata" con le relative norme e  
**si obbliga**

ad accettarle integralmente.

Sommariva Perno, ..... FIRMA .....

Documento di riconoscimento : .....N. ....  
rilasciato lasciato da .....il .....

L'Addetto ricevente : .....

## M0901-1 Scheda di ammissione (privati)

**FIRMA DEL PARENTE IN CASO DI INCAPACITA' FISICA  
DELL'OSPITE**

*(Parte da compilare per poter presentare domanda di ingresso in vece dell'ospite)*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

del Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_

**dichiaro**

sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle conseguenze penali e civili che possono derivare da false dichiarazioni, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 455, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'articolo 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 455, di essere stato autorizzato dal Sig. / Sig.ra:

\_\_\_\_\_

ad espletare tutte le pratiche amministrative per il ricovero-soggiorno nella Residenza, nonché a corrispondere la retta mensile e / o qualsiasi altra somma risultasse dovuta per il ricovero-soggiorno medesimo.

Sommariva Perno, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma