



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia

SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

...I... sottoscritt... ..
nat... a (Prov. di) il
e residente a (Prov. di)
in Via
documento di riconoscimento
telefono professione
che ha con l'ospite Sig.
il seguente grado di parentela
Preso atto delle prescrizioni menzionate nella domanda di ammissione che il sottoscritto assicura far osservare al proprio congiunto

SI IMPEGNA comunque

- 1- a garantire il pagamento della retta, dovuta dall'ospite sopra generalizzato, da corrispondere alla Misericordia di Sarteano, tenendo conto anche degli aumenti che dovessero essere, nel frattempo, deliberati e che verranno notificati di volta in volta dall'Amministrazione;
- 2- a garantire il versamento di n.2 mensilità quale deposito cauzionale infruttifero;
- 3- a ricondurre l'ospite nel proprio domicilio nei seguenti casi di dimissione:
 - mancato superamento della prova di ospitalità per i primi due mesi
 - infrazione alle norme che regolano la vita comunitaria della Casa di Riposo
 - sopraggiunte infermità fisiche e/o psichiche tali da non rendere possibile l'ulteriore permanenza nella struttura
 - morosità, per pagamento della retta, per oltre due mesi o comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte;
- 4- a corrispondere alla Misericordia, in caso di ritardo nell'adempimento dell'obbligazione di cui all'art.3 sopra riportato, una penale giornaliera pari al doppio della retta.



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia

SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)

Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)

Codice Fiscale 81001810522

Partita IVA 00524570520

- 5- dichiara che l'ospite percepisce/non percepisce l'assegno relativo alla pensione di accompagnamento;
- 6- dichiara inoltre di avere avviato la pratica di richiesta per percepire l'assegno relativo alla pensione di accompagnamento e si impegna a comunicarne l'esito.

Accetta le norme che regolano il funzionamento della Casa di Riposo R.S.A. "Piero Bargagli", e le loro condizioni economiche.

Prende atto del fatto che la presente domanda ha validità di 6 mesi se non debitamente aggiornata nella sua parte socio sanitaria.

Sarteano lì,

In fede



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia

SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

QUESTIONARIO

(da fare compilare al Medico curante)

Cognome e nome

nat... a (Prov. di) il

residente a (Prov. di) in Via

Tel. Stato civile libretto sanitario n.

condizioni generali

Principali patologie del paziente

.....

.....

.....

.....

Stato mentale e di coscienza

.....

Apparato cardiovascolare

.....

Pressione arteriosa (Min. - Max.) - Altezza m. - Peso Kg.

Apparato respiratorio

Addome ed organi ipocondriaci

Condizioni motorie

.....

Condizioni viscerali (vescica ed intestino: continenti o meno)

.....

Mantiene stazione eretta



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia

SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

Cammina con o senza appoggio

Decubiti

Presenta disturbi:

- tono muscolari

- articolari

- linguaggio

- vista

- trofico-articolari

- stato cognitivo

- memoria

- insonnia

Disturbi del comportamento (confusione, aggressione, irritabilità, agitazione)

.....

Disturbi psichiatrici (ansia, depressione, allucinazioni)

.....

Interventi chirurgici subiti

.....

ANNOTAZIONI (eventuali certificazioni sanitarie o cartelle cliniche, esami

specialistici, ecc.)

.....

.....

Allergie

Farmaci di mantenimento

.....

.....



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

Ausili/presidi necessari per il soggiorno dell'ospite, attivare la procedura per ottenerne l'erogazione dal S.S.N.

Il sottoscritto Medico di famiglia dichiara di aver visitato il/la paziente e di ritenerlo idoneo di poter vivere in comunità

Sartheano lì,

Timbro e firma del Medico



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

PRESCRIZIONE TRATTAMENTI DI CONTENZIONE

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

Medico curante del/della Sig. _____

Affett_ da _____

- sentito il parere dell'èquipe assistenziale*
- tenuto conto della VMD** MMSE punteggio_____ Conley punteggio_____ Tinetti punteggio_____
- vista la consulenza specialistica effettuata***,
- acquisito il parere del Tutore e/o Amministratore di sostegno nei casi in cui è previsto,
- informati i familiari,

dopo aver tentato inutilmente ogni altro accorgimento possibile per impedire tale provvedimento, prescrive il seguente mezzo di contenzione:

1. spondine del letto durante l'allettamento
2. tavolo della carrozzina in posizione seduta
3. corsetto in posizione seduta
4. bretelle in posizione seduta
5. fasce pelviche in posizione seduta
6. altro (specificare) _____

Motivo della prescrizione _____

Durata della contenzione _____

Controllo infermieristico ogni _____ ore con mobilitazione programmata _____

Revisione periodica del provvedimento: al termine della prescrizione

Data

Firma e timbro del medico
responsabile della cura del paziente

* L'èquipe assistenziale è costituita dalle seguenti figure: Infermieri, Fisioterapisti, Animatori, OSS.

** L'èquipe assistenziale per la valutazione rischio cadute ha adottato le seguenti scale di valutazione: MMSE, Scala di Conley, Tinetti Balance and Gait Scale;

*** Geriatrica, Ortopedica, Psichiatrica, Fisiatrica, ecc...



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S.- Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

CERTIFICAZIONE MEDICA PRODOTTA

- 1 - Certificato attestante l'esenzione da malattie infettive;
- 2 - Test cutaneo alla tubercolina (se positivo, anche RX torace);
- 3 - T P H A
- 4 - H B s A G
- 5 - H C V



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

DOMANDA DI AMMISSIONE

..... sottoscritt... ..

CHIEDE

di essere ammess... nella Casa di Riposo R.S.A. "Piero Bargagli" di codesta Venerabile Arciconfraternita di Misericordia, in camera (singola/doppia), impegnandosi:

- 1- a corrispondere la retta mensile, ad oggi fissata per quota Sociale in € 49,00, compresi i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni), deliberati dal Magistrato, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza nella Casa di Riposo;
- 2- a corrispondere, al momento dell'ammissione in Casa di Riposo n.1 (una) mensilità, a titolo di deposito cauzionale infruttifero.

Al fine della presente domanda

DICHIARA

- a) di essere nat... il a (Prov. di)
- b) di essere residente a (Prov. di)
- in Via n.
- telefono Cod. Fisc.
- c) che la sua famiglia convivente risulta composta come dal seguente prospetto:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto con il dichiarante	Stato civile



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)

Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)

Codice Fiscale 81001810522

Partita IVA 00524570520

d) di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata ad un periodo di prova di una settimana, trascorsa la quale, se l'ospite non risulterà idoneo ne conseguirà che:

1 - il firmatario della dichiarazione di assunzione di responsabilità sarà tenuto a riprendere l'ospite e ricondurlo presso il suo domicilio;

2 - per gli ospiti i quali non hanno un referente, firmatario della dichiarazione di responsabilità, si provvederà, da parte della Misericordia, alle dimissioni dell'ospite;

c) che per quanto attiene il pagamento della retta mensile, si impegna ad accreditare la retta dovuta entro il giorno 10 di ogni mese alla Banca, Tesoriere dell'Ente, Monte dei Paschi di Siena - Filiale di Sarteano
Codice IBAN IT 56 L 01030 72030 0000000 23649;

d) di impegnarsi a lasciare la Casa di Riposo in caso di morosità della retta per oltre i due mesi corrispondenti al deposito o in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte.

Nell'eventualità in cui l'ospite dovesse ritardare l'uscita dalla Casa di Riposo sarà dovuta una penale giornaliera pari al doppio della retta;

Accetta le norme che regolano il funzionamento della Casa di Riposo R.S.A. "Piero Bargagli", e le loro condizioni economiche.

Prende atto del fatto che la presente domanda ha validità di 6 mesi se non debitamente aggiornata nella sua parte socio sanitaria.

Allega alla presente dichiarazione i seguenti documenti in fotocopia:

- documento di riconoscimento;
- libretto sanitario;
- codice fiscale;
- questionario sanitario (a cura del Medico di base);
- dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte di un familiare o referente;

Sartheano lì,

In fede



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

N43. Raccolta del consenso presso
l'interessato
Versione 1.0
Data: 25/06/2018
SA12 - Schede ospiti RSA / RA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Misericordia di Sarteano secondo le finalità riportate di seguito:

Servizi sociali e di assistenza

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:

Servizi sociali e di assistenza



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Stato di salute (Dati relativi alla salute); Origini etniche (Dati sensibili); Convinzioni religiose; adesione ad organizzazioni a carattere religioso (Dati sensibili); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Dati biometrici (Dati biometrici); Convinzioni filosofiche o di altro genere; adesione ad organizzazioni a carattere filosofico (Dati sensibili)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche

Località e data: _____

Firma dell'interessato

Firma del familiare



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia

SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)

Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)

Codice Fiscale 81001810522

Partita IVA 00524570520

CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO

TRATTAMENTI DI CONTENZIONE

da far firmare al paziente o al familiare/tutore

Io sottoscritto _____

In qualità di: Ospite della Residenza

Familiare/Tutore/Amministratore di sostegno

del/della Sig. _____ informato
che potrebbe verificarsi la necessità di adottare un mezzo di contenzione per
preservare la salute e l'integrità fisica del paziente; assicurato che tale
autorizzazione è soggetta a prescrizione da parte del medico responsabile della
cura del paziente

AUTORIZZO

il medico responsabile della cura del paziente ad effettuare la prescrizione dei
mezzi di contenzione ed il personale della R.S.A. ad adottare il trattamento di
contenzione prescritto.

Sarteano lì, _____

Firma _____
(leggibile)



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia

SARTEANO

O.N.L.U.S.- Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)

Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)

Codice Fiscale 81001810522

Partita IVA 00524570520

Il/La sottoscritt_____

nat_ a _____ Prov. di (____) il _____,

residente a _____ Prov. di (____) in Via/Piazza

_____ n. _____, di professione _____ preso

atto di quanto contenuto negli artt. 4-5-6-7-8-9- dello Statuto dell'Ente

CHIEDE

di essere ammess_ come _____

(Fratello - Sorella)

di codesto sodalizio, ed è disposto ad assolvere i seguenti servizi:

Socio Sostenitore SI NO

Ambulanza Autista SI NO

Barelliere/Soccorritore SI NO

Autofunebre Autista SI NO

Spallone SI NO

Servizio di Protezione Civile SI NO

Donatore di Sangue AVIS-FRATRES SI NO

Donatore di organi SI NO

Assistenza agli Anziani Nottate SI NO

Somministrazione pasti SI NO

Pulizie SI NO

Pregchiere per i defunti SI NO

Altri _____

Sarteano li, _____

In Fede



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S.- Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

N43. Raccolta del consenso presso
l'interessato
Versione 1.0
Data: 25/06/2018
AS01 - Soci e attività istituzionali

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Misericordia di Sarteano secondo le finalità riportate di seguito:

Attività di volontariato

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Convinzioni religiose; adesione ad organizzazioni a carattere religioso (Dati sensibili)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al



Venerabile Arciconfraternita di Misericordia SARTEANO

O.N.L.U.S. - Persona Giuridica Privata - Delibera del C.R.T. 9/3/99 n.49 (Burt. 7/4/99 n.14)
Registro Regionale Persone Giuridiche Private n.18 (D.P.R. n.361/2000)
Codice Fiscale 81001810522 Partita IVA 00524570520

trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche. Apposizione della firma per il consenso sul form di iscrizione

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte dei Titolari, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Attività di volontariato

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data _____

Firma _____

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:

In caso di mancato consenso si determina il diniego all'iscrizione

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla finalità di marketing, prendo atto che i mezzi utilizzati saranno i seguenti:

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data _____

Firma _____

Località e data: _____

Firma dell'interessato
