



“O.A.S.I.”
OPERA ASSISTENZA SS. IMMACOLATA
O.N.L.U.S.



Certificato N° ER 2107/2004
 Azienda certificata ISO 9001

Certificato N° SST-0244/2010
 Azienda certificata ISO 45001:2018

| | |
|--------------|---------------------------|
| Mod. 7201/01 | Rev. 14 del 15.12.2022 |
|--------------|---------------------------|

| SPAZIO RISERVATO ALL'OASI | | | |
|---------------------------|--------------------|--------------|---------------------|
| PROTOCOLLO | RICEVUTA IL | ACCETTAZIONE | VISTO IL PRESIDENTE |
| | PROT. N. | | VISTO LA DIREZIONE |
| | VISTO LA DIREZIONE | | |

DOMANDA DI AMMISSIONE

RICHIEDENTE

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
 residente in _____ via _____ n. _____
 tel. _____ cod. fiscale _____

OBBLIGATO SOLIDALE/GARANTE

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
 residente in _____ via _____ n. _____
 recapiti (tel. /cellulare) _____ e mail _____
 cod. fiscale _____ grado di parentela/rapporti con il richiedente _____

INOLTRA DOMANDA

Per l'ammissione

| | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DEFINITIVA | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| TEMPORANEA | <input type="checkbox"/> | IN CASO DI RICHIESTA PER DEGENZA TEMPORANEA DEVE ESSERE INDICATO ALMENO ORIENTATIVAMENTE IL PERIODO NECESSARIO | | | | |
| | | DAL _____ | AL _____ | | | |
| CENTRO DIURNO | <input type="checkbox"/> | PREFERIBILMENTE NELLE GIORNATE | TUTTO IL GIORNO | SOLO MATTINO | SOLO POMERIGGIO | |
| | | LUNEDI' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | MARTEDI' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | MERCOLEDI' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | GIOVEDI' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | VENERDI' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | SABATO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DOMENICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

presso la Casa di Riposo O.A.S.I. di Chiavazza ed allega la seguente documentazione:

1. Certificato di residenza con indicazione della decorrenza (o autocertificazione).
2. Certificati medici redatti sugli uniti moduli.



"O.A.S.I."

OPERA ASSISTENZA SS. IMMACOLATA
O.N.L.U.S.



Certificato N° ER 2107/2004
Azienda certificata ISO 9001

Certificato N° SST-0244/2010
Azienda certificata ISO 45001:2018

Con la presente domanda, il soggetto/i soggetti richiedente/i dichiara/ano

- Di essere a conoscenza che gli effetti della stessa decorreranno esclusivamente dalla data indicata nella comunicazione di accettazione della domanda stessa da parte dell'O.A.S.I.
- Di mantenere ferma la presente proposta, salvo revoca da comunicarsi per iscritto anteriormente all'accettazione da parte dell'O.A.S.I.
- Di impegnarsi a consegnare al momento dell'ammissione i seguenti ulteriori documenti aggiornati:
 - Stato di famiglia (o autocertificazione);
 - Fotocopia della carta d'identità e codice fiscale;
 - Originale della tessera sanitaria ed eventuali certificati di esenzione;
 - Fotocopia documenti ASL per il rilascio di eventuali ausili (carrozzina, deambulatore, pannoloni, altro);
 - Fotocopia del verbale di invalidità civile - in mancanza del verbale fornire la fotocopia della domanda se questa è in corso;
 - Eventuale documentazione medica richiesta;
 - Ogni ulteriore documentazione utile oppure richiesta dall'O.A.S.I.
- Di impegnarsi, anche in via solidale, a versare la retta, nella misura stabilita dall'Amministrazione ai sensi dello Statuto e del Regolamento, con periodicità mensile entro il giorno 10 di ogni mese, nonché di provvedere al rimborso delle spese sostenute dall'Ente, secondo i termini e le modalità di cui al Regolamento interno o determinate dall'Amministrazione, in caso di conferimento di incarico all'Ente di provvedere all'approvvigionamento di medicinali o altri generi simili;
- Di impegnarsi ad ottemperare a quanto disposto dall'O.A.S.I. nel caso di dimissione a norma dell'art. 6 del Regolamento citato;
- Di impegnarsi a riconoscere all'O.A.S.I. il diritto a rivalersi sui beni dell'Ospite, degli eredi ai sensi di legge e dei coobbligati, per eventuali crediti esistenti all'atto della cessazione del rapporto, vantati dalla Casa di Riposo;
- Di aver preso atto che i servizi prestati dall'O.A.S.I. sono quelli descritti nella "Carta dei Servizi" di cui ha/hanno preso visione e conoscenza;
- Di autorizzare l'O.A.S.I. al trasferimento dell'ospite, dimesso per qualsiasi motivo, presso il domicilio dell'obligato solidale o in altro domicilio tempestivamente indicato;
- Di accettare senza riserve le disposizioni regolamentari vigenti o che saranno emanate nel frattempo presso la Casa di Riposo O.A.S.I. A tale proposito, dichiara/dichiarano di essere a conoscenza e di aver preso visione del Regolamento Interno dell'Ente e di approvarne il contenuto; in particolare dichiara/dichiarano di aver letto e di approvare gli articoli di seguito riportati;

REGOLAMENTO INTERNO

(estratto)

L'Opera Assistenza SS. Immacolata "O.A.S.I." - ONLUS - di Chiavazza è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento in regime definitivo, rilasciata dall'autorità competente; è inoltre accreditata per i seguenti livelli di complessità prestazionale: alta, media e bassa intensità di assistenza nonché un nucleo "RA" - Residenza Assistenziale.

I documenti di autorizzazione e accreditamento sono in visione presso l'Ufficio di Segreteria della Casa di Riposo.

- Art. 1 Presso la struttura, secondo il proprio modello organizzativo, sono ospitate persone di ambo i sessi che rispondono ai seguenti requisiti:
- Siano state residenti nella giurisdizione della Parrocchia di Chiavazza per almeno 15 anni, anche non continuativi, purché nell'ultimo ventennio;
 - Non siano affette da patologie fisiche e/o psichiche tali da essere impedito di vivere la vita della Comunità;
 - Accettino, dopo averne presa visione, il regolamento interno della Casa di Riposo.

In subordine possono essere accolte anche persone aventi domicilio fuori dalla Parrocchia di Chiavazza.

- Art. 3 **Sull'accoglimento** della domanda decide la Direzione Generale, dopo che il personale preposto ha preso diretto contatto con il richiedente, secondo le modalità riportate nella Carta dei Servizi (Preaccoglienza ed accoglienza in struttura) vigente di tempo in tempo. Con comunicazione scritta viene determinata la decorrenza del contratto.

- Art. 4 L'Ospite all'atto dell'ingresso deve portare con sé gli **indumenti** contrassegnati con il numero attribuito ed il necessario per l'igiene personale, secondo le indicazioni fornite all'atto della domanda. La biancheria (del letto, asciugamani, tovaglioli ecc.) viene fornita dalla Casa.

- Art. 6 Per la **risoluzione del contratto** di accoglienza è competente la Direzione Generale, che ne dà disdetta scritta ogniqualvolta, ritenga incompatibile la permanenza dell'Ospite presso la struttura, fissando un preavviso adeguato alla circostanza (costituiscono esempi di incompatibilità: la sopravvenuta inidoneità, l'abituale indisciplina, il tentato autolesionismo, l'inadempienza di versamento rette, l'inosservanza o la non accettazione, da parte dell'Ospite o dei suoi garanti, dei servizi sanitari, nutrizionali ed assistenziali disposti dalla Casa, ecc.). In tale circostanza la retta sarà determinata in applicazione del successivo art. 13 punto B).

- Art. 7 La **risoluzione del contratto** può avvenire altresì su richiesta dell'interessato o di persona garante. In caso di cessazione del rapporto nel corso del mese, la retta sarà determinata in applicazione del successivo art. 13 punto B).

In ogni caso di risoluzione del contratto, si attuano le procedure e le modalità riportate nella Carta dei Servizi (abbandono della Struttura) vigente di tempo in tempo

- Art. 11 Il Consiglio d'Amministrazione, tenuto conto degli oneri di gestione, stabilisce di tempo in tempo **la tabella delle rette** che, aggiornata, viene allegata al presente regolamento. La retta **mensile** viene corrisposta in via anticipata e quella **giornaliera**, salvo eventuali eccezioni, in via posticipata con versamento alla cassa dell'O.A.S.I. o, in alternativa, su c/c bancario alla stessa intestato, entro e non oltre la prima decade del mese di competenza, pena il pagamento dell'interesse di mora in ragione del



"O.A.S.I."

OPERA ASSISTENZA SS. IMMACOLATA
O.N.L.U.S.



Certificato N° ER 2107/2004
Azienda certificata ISO 9001

Certificato N° SST-0244/2010
Azienda certificata ISO 45001:2018

tasso legale, di tempo in tempo vigente. Per gli Ospiti in convenzione, si applicano le disposizioni in materia stabilite dall'ASL BI; in particolare, ogni variazione dell'importo della tariffa complessiva, viene preventivamente approvata dall'ASL e dall'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali e comunicata all'ospite e/o al familiare da parte dell'OASI.

Art. 12 E' facoltà della Casa di Riposo, contestualmente alla comunicazione telefonica della disponibilità del posto letto, richiedere il pagamento immediato di un anticipo di € 100,00 quale impegno all'occupazione del posto stesso. Detto anticipo sarà restituito nel caso in cui, per motivi da imputare alla Casa di Riposo, il posto letto non potesse essere assegnato.

La rateizzazione delle rette avviene come segue:

A) **In fase di avvio del contratto di accoglienza:**

- La messa a disposizione di un posto nel corso del mese comporta, la rateizzazione a giorni della retta mensile con decorrenza dalla data di messa a disposizione del posto letto stesso.
- La mancata occupazione da parte del richiedente del posto letto comporta comunque il pagamento della retta, con decorrenza dalla data in cui il posto è messo a disposizione, fino all'effettiva occupazione. In caso di definitiva rinuncia all'occupazione del posto, si applicano le disposizioni di cui al successivo punto B).

Art. 13 B) **In fase di cessazione del contratto di accoglienza:**

- Le dimissioni decise dall'O.A.S.I. ex art. 6, comportano la rateizzazione giornaliera della retta mensile.
- Le dimissioni presentate dall'Ospite o persona garante ex art. 7 comportano:
 - Se rassegnate con un preavviso di almeno 10 giorni: la rateizzazione giornaliera della retta mensile fino al giorno di ultima occupazione del posto letto;
 - Se rassegnate senza preavviso o con un preavviso inferiore ai 10 giorni: la rateizzazione giornaliera della retta mensile per ulteriori 10 giorni dalla data in cui sono state comunicate.
- Il decesso avvenuto in corso di mese comporta la rateizzazione giornaliera della retta mensile fino a 3 giorni dopo l'evento;

Per assenze superiori a mesi uno si praticherà lo sconto del 25%. Per gli Ospiti in convenzione, si applicano le disposizioni in materia stabilite dall'ASL BI.

Art. 14 La messa a disposizione di posti letto destinati a **degenze temporanee** determina, per tutto il periodo della temporaneità, il pagamento della retta su base giornaliera, così come indicata nella tabella delle rette, da corrispondersi alla fine di ciascun mese.

Art. 15 Gli Ospiti sono tenuti a trattarsi con mutua benevolenza e cordialità ed il loro **comportamento** sarà ispirato al "Codice Etico" adottato dalla Casa di Riposo, tenendo nel giusto conto le disposizioni dell'Amministrazione e del Personale Responsabile. L'Ospite o il garante sono tenuti al risarcimento dei danni provocati a persone e/o cose.

Art. 18 La Casa di Riposo non è responsabile per qualsiasi evento occorra agli Ospiti al di fuori della Casa stessa

Art. 23 Su consiglio del medico curante, o a richiesta dell'Ospite o suoi garanti, può essere consultato altro sanitario a spese dei richiedenti.

Il medico curante provvede ad ordinare l'invio all'Ospedale in casi di urgenza o di necessità. I garanti devono provvedere all'eventuale accompagnamento dell'Ospite presso Istituti di cura e/o Uffici esterni all'O.A.S.I.

Art. 24 L'OASI, solo in caso di disponibilità di persone e di mezzi, mette a disposizione il servizio di trasporto e accompagnamento degli ospiti a visite mediche esterne alla struttura, dietro pagamento di un contributo spese stabilito dal C.d.A.

Sono a carico dell'Ospite le particolari cure, il materiale sanitario e di medicazione i farmaci e quant'altro che, prescritto dal medico, non è fornito gratuitamente in via diretta dal Servizio Sanitario Nazionale. Di tali addebiti verrà fornita la relativa documentazione

Per gli Ospiti in convenzione, si applicano le disposizioni in materia stabilite dall'ASL BI.

Art. 25 Per ragioni estetiche e di dignità della persona l'O.A.S.I. mette a disposizione, previo pagamento del puro costo, i servizi di **pedicure e parrucchiere**, ferma restando la possibilità di provvedere in proprio a detti indispensabili servizi all'esterno della struttura. Per gli Ospiti in convenzione, si applicano le disposizioni in materia stabilite dall'ASL BI.

Art. 26 I **servizi resi** agli Ospiti sono quelli elencati nella vigente Carta dei Servizi, essi sono compresi nelle rette di degenza, fatto salvo quanto previsto agli articoli n. 23 - 24 e 25 del presente Regolamento, nonché quanto espressamente e liberamente richiesto dall'utente in via individuale senza alcun obbligo in capo alla Casa di Riposo

Biella, _____ Firma del Richiedente _____

Firma dell'Obbligato solidale/garante _____

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341, 1342 del Codice Civile si dichiara di aver letto e di specificamente approvare le seguenti clausole sopra riportate:

a, b, d, e, f, h, i

nonché:

➔ per le domande di ammissione per **degenza definitiva e temporanea**: gli artt. 1, 3, 4, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 18, 23, 24 e 26 del Regolamento interno

➔ per le domande di ammissione al **centro diurno**: gli artt. 1, 3, 6, 7, 11, 13, 15, 18, 24, 26 del Regolamento interno

Biella, _____

Firma del Richiedente _____

Firma dell'Obbligato solidale/garante _____



“O.A.S.I.”

OPERA ASSISTENZA SS. IMMACOLATA
O.N.L.U.S.



Certificato N° ER 2107/2004
Azienda certificata ISO 9001

Certificato N° SST-0244/2010
Azienda certificata ISO 45001:2018

REGOLAMENTO UE 2016/679 “REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI”

INFORMATIVA

La informiamo che ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”, i dati da Lei forniti **al momento della richiesta di ammissione in Struttura o anche successivamente**, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa in oggetto.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Il trattamento dei dati è quindi innanzi tutto finalizzato all'assistenza sociosanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Piemonte ed alla ASL competente.

Il trattamento dei dati è finalizzato poi all'assolvimento degli obblighi legali previsti dalla normativa vigente, nonché all'assolvimento degli obblighi di legge per la tutela di contabilità e tutti i relativi adempimenti.

In particolare i dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- attività amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati
- attività di comunicazione ed informazione agli enti regionali o di controllo
- attività di gestione delle cure sanitarie, delle attività della vita quotidiana e ricreative

DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I dati comuni potranno essere comunicati a terzi (ad esempio strutture di conteggio ed elaborazione di dati contabili, commercialisti) che per conto nostro cureranno gli adempimenti fiscali e contabili, nonché a società di assicurazione ai fini dell'operatività di polizze assicurative.

Inoltre i suoi dati potranno essere inseriti in elenchi utilizzati per comunicazioni a soggetti quali: INPS, ASL, Medici, Strutture Sanitarie, etc. in base a disposizioni di legge o regolamentari oppure su richiesta degli stessi

Potranno inoltre essere comunicati a soggetti espressamente autorizzati nell'ambito della nostra struttura.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A UN PAESE TERZO

Non sono previsti trasferimenti dei suoi dati a paesi terzi.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati di natura sanitaria saranno conservati illimitatamente, in ottemperanza alle vigenti normative nazionali.

I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati, nonché comunque per il periodo previsto dalla legge.

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati richiesti sono necessari per lo svolgimento dell'attività e delle prestazioni richieste, e saranno trattati con strumenti informatici, telematici e in forma cartacea.

La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati al fine di garantire l'assistenza socio-sanitaria tipica della RSA ovvero per svolgere le attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore. Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo che in relazione ai suddetti dati Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di richiedere al Titolare del trattamento dei propri dati personali, la rettifica (qualora non corretti o non aggiornati) o la cancellazione degli stessi ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano.
- Diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati che lo riguardano; il Titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria
- Diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca
- L'interessato può, inoltre, chiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

L'esercizio di tali diritti può avvenire tramite comunicazione scritta indirizzata al Titolare del trattamento dei dati della Struttura.

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo (in Italia Garante Privacy) o in sede giudiziale (artt. 77 e 79 Regolamento)

ESTREMI IDENTIFICATIVI E DI CONTATTO

La informiamo inoltre che il Titolare del trattamento dei dati è la Casa di Riposo O.A.S.I. con sede in Biella/Chiavazza via della Vittoria, 3.

I soggetti che nell'ambito delle loro mansioni, possono venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di soggetti autorizzati sono: i soggetti addetti agli Uffici Amministrativi, coloro che operano nei Reparti di degenza (medici, OSS, Infermieri, personale ausiliario ecc.), i collaboratori e i volontari.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

La informiamo inoltre che la Struttura ha nominato un Responsabile Protezione Dati – RPD o DPO contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica dpo@oasionlus.com oppure in forma cartacea all'indirizzo della struttura stessa.

NATURA DEL CONFERIMENTO

La informiamo che il conferimento dei suoi dati o di chi la rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore) in generale non è obbligatorio ma l'eventuale rifiuto ad autorizzare la comunicazione dei dati ai soggetti sopra indicati, comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione del contratto e all'adempimento delle prestazioni richieste.

*Il titolare del trattamento dei dati personali
O.A.S.I. Onlus*



“O.A.S.I.”
OPERA ASSISTENZA SS. IMMACOLATA
O.N.L.U.S.



Certificato N° ER 2107/2004
 Azienda certificata ISO 9001

Certificato N° SST-0244/2010
 Azienda certificata ISO 45001:2018

Il sottoscritto _____ nato a _____, il _____,

C.F. _____, residente in _____ in qualità di

Interessato Rappresentante legale dell'interessato (amministratore di sostegno, tutore, curatore)

dichiara di aver preso atto dell'informativa che avete fornito in riferimento alle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679.

Data

Firma dell'interessato

Firma dell'Obbligato solidale/garante

CODICE ETICO

L'Ospite, anche per il tramite del garante, prende atto che la Casa di Riposo O.A.S.I. – ONLUS ha adottato il “modello organizzativo” ai sensi della Legge 231/01 e succ. modif. nonché un “Codice Etico”, i cui principi e procedure devono essere rispettati anche dai soggetti con cui l'OASI intrattiene rapporti.

- Dichiara di essere stato edotto sul contenuto del predetto Codice Etico e di essere stato posto in condizione di consultare lo stesso.**
- Si impegna a rispettarne i principi e le regole, dichiarando di non essere in situazione di contrasto con lo stesso e di essere a conoscenza delle sanzioni specifiche stabilite in caso di violazioni.**

Firma dell'interessato _____ Firma dell'Obbligato solidale/garante _____