

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati, e autorizza la Residenza per anziani all'utilizzo dei dati personali conferiti e/o successivamente acquisiti per scopi istituzionali e organizzativi e in base alle disposizioni di legge. I dati forniti saranno trattati nel rispetto delle disposizioni indicate nel citato regolamento e potranno essere comunicati esclusivamente ad altri enti pubblici obbligati ad accedervi per ragioni istituzionali. Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce il proprio consenso alla comunicazione e diffusione dei dati personali per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

\_\_\_\_\_

(Data)

\_\_\_\_\_

(Firma)

### **Trattamento di categorie particolari di dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, e autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative allo stato di salute:**

a) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce alla Residenza per anziani, ai sensi del precedente paragrafo concernente le disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati, fino a revoca, l'autorizzazione al trattamento di categorie particolari di dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

Sì

No

b) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce alla Residenza per anziani, ai sensi del precedente paragrafo concernente le disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati, fino a revoca, l'autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative al proprio stato di salute alle seguenti persone: ad es. familiari/parenti/conoscenti/conviventi/medico della Residenza per anziani o medico di fiducia (nome e cognome):

**parenti**

**persona di riferimento**

**medico specialista (non medico di famiglia)**

Sì

No

### **Informazione circa la presenza dell'ospite nella Residenza per anziani:**

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione a comunicare a terzi la propria presenza nella struttura:

Sì

No

**Sì, eccetto a (indicare  
nome e cognome)**

### **Autorizzazione all'esposizione del nome, alla pubblicazione di foto e alla comunicazione della data di nascita:**

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione ad esporre il proprio nome alla porta della propria stanza, a pubblicare foto all'interno della Residenza stessa e a rendere nota la propria data di nascita (età):

Nome

Sì  No

Foto

Sì  No

Comunicazione della  
data di nascita

Sì  No

|             |              |
|-------------|--------------|
| <b>Data</b> | <b>Firma</b> |
|             |              |

oppure (se pertinente):

tutore  curatore  amministratore di sostegno

secondo quanto previsto dagli articoli 6 e 9 del Regolamento generale sulla protezione dei dati, firma di chi esercita legalmente la potestà: se la persona da accogliere non è in grado di firmare, il consenso può essere prestato dal tutore, curatore, amministratore di sostegno, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente (partner) o, in loro assenza, dal/dalla responsabile della struttura.

|             |              |
|-------------|--------------|
| <b>Data</b> | <b>Firma</b> |
|             |              |

(Data) (Firma)

*Il presente modulo è stato redatto nel rispetto del linguaggio di genere, fatta eccezione per alcuni termini riportati solo al maschile. Si fa presente che nella Casa di Riposo Heinrich von Rottenburg vige il principio della parità di genere.*

Prima dell'ammissione della persona nella struttura, il Comune competente ne deve essere informato.

Nel caso di ammissioni nella Casa di Riposo di persone che prima dell'ammissione risiedevano in Comuni fuori provincia di Bolzano, il Comune competente deve ASSOLUTAMENTE essere informato PRIMA riguardo all'accoglienza; ancora meglio sarebbe chiedere una impegnativa al pagamento da parte dello stesso. Inoltre deve essere preventivamente contattato il Comprensorio sanitario competente.

L'ammissione di persone che non hanno ancora compiuto il 60esimo anno di età, o che non sono in possesso della cittadinanza italiana, deve essere preventivamente concordata con il Servizio sociale competente.

#### Riservato all'Amministrazione

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ confermo che

- il/la dichiarante ha firmato la domanda in mia presenza
- l'identità del/della dichiarante è stata accertata tramite un valido documento di identità

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'incaricato/a)