



**FONDAZIONE ISTITUTO DELLA PROVVIDENZA  
CASA PER ANZIANI ONLUS**

**Via Ospedale, 3/5  
28074 GHEMME NO**

**Tel. 0163/840134**

e-mail [info@cdrghemme.it](mailto:info@cdrghemme.it)

[istitutodellaprovvиденza@pec.it](mailto:istitutodellaprovvиденza@pec.it)

sito internet [www.istitutoghemme.it](http://www.istitutoghemme.it)

**DOMANDA  
D'INSERIMENTO**

**Il/La sottoscritto/a** (chi presenta la domanda di ricovero) \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**chiede**, in qualità di (relazione di parentela) \_\_\_\_\_

**che il/la Sig./Sig.ra** (chi deve essere accolto in Istituto) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di/fu \_\_\_\_\_ e di/fu \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ **venga accolto/a** presso la Fondazione Istituto della

Provvidenza Casa per Anziani Onlus di Ghemme.

Firma

\_\_\_\_\_

Si allegano fotocopie dei seguenti documenti:

- + carta d'identità, codice fiscale, tessera sanitaria, esenzioni ticket;
- + eventuale attestato di invalidità rilasciato dalla competente sede A.S.L.;
- + lettera ASL di accettazione nelle liste di ricovero convenzionato;
- + contratto per la fornitura di ausili sanitari (pannoloni, carrozzine, ect.)
- + esami clinici e documentazioni cliniche/ospedaliere.

---

**FONDAZIONE ISTITUTO DELLA PROVVIDENZA CASA PER ANZIANI ONLUS GHEMME**

Ricevuta il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ che presenta la  
domanda di inserimento per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. di aver ricevuto, al momento della richiesta del modulo per l'inserimento in Istituto, la copia della carta dei servizi e del regolamento interno; di averli letti in ogni sua parte e di accettare e rispettare, senza riserva alcuna, quanto stabilito nei citati documenti in particolar modo:
  - a) le modalità di inserimento in Istituto;
  - b) gli orari di visita previsti per familiari, parenti e/o amici;
  - c) l'uso della residenza e comportamento;
  - d) la possibilità di trasferimento in altra camera e/o reparto;
  - e) il rimborso di spese extra per eventuali danni arrecati dal/dalla ricoverato/a alle attrezzature dell'Istituto;
2. di aver preso visione delle rette di degenza attualmente applicate e determinate dal Consiglio di Amministrazione, e di impegnarsi a versare quanto dovuto nei termini e con le modalità indicate;
3. di essere a conoscenza che verrà stipulato un contratto di ospitalità;
4. di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003);
5. di essere a conoscenza che le dichiarazioni, la formazione o l'uso di atti falsi sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (la sanzione può essere pecuniaria o la reclusione a seconda della gravità del fatto). Inoltre, l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale all'uso di un atto falso.

Firma

\_\_\_\_\_

## SCHEDA CONOSCITIVA

(da compilare a cura di chi presenta la domanda)

### Motivo della richiesta d'inserimento

- persona non autonoma
- vive solo
- alloggio non idoneo
- difficoltà familiari
- a seguito di ricovero ospedaliero con conseguente impossibilità di rientro a casa
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### Urgenza del ricovero

- urgente
- ordinaria
- inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

### Tipologia di ricovero

- tempo determinato
- lungodegenza

### Situazione abitativa al momento della domanda di ricovero

Con chi vive:

- solo/a
- con il coniuge Sig./ra  
\_\_\_\_\_
- con i figli
- altri parenti
- solo/a con badante

### Attualmente

#### usufruisce dei servizi socio-sanitari

- no
- servizio di assistenza domiciliare integrata
- centro diurno intergrato
- altro \_\_\_\_\_

### Condivisione del ricovero con l'interessato/a

- si
- no; specificare la motivazione  
\_\_\_\_\_

### Tutela Legale

- no
- si; indicare nome e cognome del Tutore  
\_\_\_\_\_

### Livello di istruzione

- nessuno
- licenza elementare
- diploma medie inferiori
- diploma medie superiori
- laurea in \_\_\_\_\_

### Professione pre pensionamento

- casalinga
- agricoltore
- operaio (specificare) \_\_\_\_\_
- impiegato
- artigiano
- libero professionista
- altro \_\_\_\_\_



**CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE  
ALLEGATO ALLA DOMANDA DI RICOVERO**

(DA COMPLETARE A CURA DEL MEDICO CURANTE)

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./SSA \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI MEDICO CURANTE DEL/DELLA SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

RESIDENTE NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE NR. \_\_\_\_\_

**CERTIFICO IL PRESENTE QUADRO SANITARIO – PSICOFISICO GENERALE**

<b>ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA</b>

<b>ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA</b>

<b>TERAPIA ATTUALMENTE IN ATTO</b>

<b>ALLERGIE DA SEGNALARE</b>

<b>INTERVENTI CHIRURGICI</b>

MALATTIE INFETTIVE	
Si, quali:	
no	

UDITO	
normale	
limitato	
grave limitazione	
protesi	

VISTA	
normale	
limitato	
grave limitazione	
protesi	

RESPIRAZIONE	
eupnoico	
disпноico	
ossigenoterapia	

ALIMENTAZIONE	
Autonoma	
con aiuto	
imbocco	
SNG/PEG	
Mangia di tutto	
Necessita di pasti frullati	
Cibi da evitare, indicare quali:	

DIABETE		
dieta	si	no
insulino dipendente	si	no
non insulino dipendente	si	no
complicanze diabetiche	si	no

INCONTINENZA URINARIA		
urinaria	si	no
fecale	si	no
doppia	si	no
catetere vescicale	si	no
protezioni igieniche	si	no

CONDIZIONE CUTE		
decubiti	si	no
ulcerazioni	si	no
ematomi	si	no

VARIE		
alcolismo	si	no
tabagismo	si	no
tossicodipendenza	si	no

CONDIZIONI PSICHICHE		
lucidità	si	no
aggressività	si	no
tentati suicidi	si	no
ricoveri in Reparti Psichiatrici	si	no
orientamento spazio-temporale	si	no
agitazione psicomotoria	si	no
wondering	si	no
in cura igiene Mentale	si	no

AUTONOMIA NELLE ATTIVITA'			
vestirsi	si	no	con aiuto
lavarsi	si	no	con aiuto
uso dei servizi	si	no	con aiuto
andare a letto	si	no	con aiuto

DEAMBULAZIONE		
autonoma	si	no
con supervisione	si	no
con ausili	si	no
con carrozzina	si	no
allettato	si	no

INTERVENTI RICHIESTI		
Cure infermieristiche		Attività riabilitativa
assenti		Si
saltuarie		no
continue		

Data

Firma e timbro del Medico Curante

### INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si informa quanto segue.

I dati personali da Lei forniti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra indicata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Fondazione Istituto della Provvidenza Casa per Anziani Onlus. L'Istituto tratterà i dati forniti in base al consenso reso, ossia mediante sottoscrizione della presente lettera, nonché in base alle modalità e finalità di seguito indicate.

#### Titolare e Responsabile del trattamento.

Il Titolare del trattamento è Fondazione Istituto della Provvidenza Casa per Anziani Onlus.

Il Responsabile del trattamento è l'Ing. Danilo Roggi - Via Montale, 6/B - 28021 - Borgomanero (NO) -

e-mail: drconsulting.roggi@gmail.com

**Finalità del trattamento.**

I dati da Lei forniti verranno utilizzati per la stesura della domanda di ricovero per se stesso oppure del Suo familiare e/o congiunto e/o conoscente e/o in qualità di Tutore Legale.

**Modalità del trattamento.**

La raccolta ed il trattamento dei dati sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale come previsto dalla normativa vigente, dai soggetti incaricati. I dati saranno trattati esclusivamente per il periodo del ricovero (di cui sopra). Saranno in ogni caso mantenuti in archivio, con le modalità previste dalla normativa, per 10 anni successivi come previsto dalle normative vigenti.

**Comunicazione e diffusione dei dati.**

I dati raccolti non saranno diffusi se non su esplicita richiesta da parte di Enti competenti alla vigilanza sul Istituto (A.s.l., Regione Piemonte ed altre Autorità).

Suo familiare e/o congiunto e/o conoscente e/o in qualità di Tutore Legale.

**Diritti dell'Interessato.**

Ai sensi del Regolamento EU 2016/679 Lei potrà, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, esercitare i seguenti diritti:

- 1) richiedere la conferma dell'esistenza dei propri dati personali;
- 2) avere informazioni circa la modalità e le finalità del trattamento;
- 3) essere a conoscenza dei destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali potranno essere comunicati;
- 4) richiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti;
- 5) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- 6) revocare e/o opporsi al trattamento in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- 7) presentare un reclamo ad una autorità di controllo.

Ghemme, il \_\_\_\_\_

\* \* \*

Io sottoscritto/a (chi presenta la domanda) \_\_\_\_\_ presa visione della presente informativa

Esprimo il consenso

Non esprimo il consenso

al trattamento dei miei dati personali e/o del familiare e/o congiunto e/o conoscente e/o in qualità di Tutore Legale e di tutto quanto previsto in calce.

Firma \_\_\_\_\_

**TARIFFARIO RETTE GIORNALIERE PER OSPITI GHEMMESI**

<b>Punteggio PAI*</b>	<b>Fasce Intensità Assistenziale</b>	<b>Ricovero Privato</b>	<b>Ricovero Convenzionato A.s.l.</b>
5	BASSA	€. 63,56/die	€. 35,78/die

6	MEDIO BASSA	€. 65,00/die	€. 36,50/die
7 8	MEDIA	€. 69,36/die	€. 38,68/die
9	MEDIO ALTA	€. 80,00/die	€. 44,00/die
10 11	ALTA	€. 87,74/die	€. 47,87/die
12	ALTA INCREMENTATA	€. 96,44/die	€. 52,22/die

Le tariffe giornaliere sono già al netto dello sconto praticato dall'Istituto €. 3,00 e del contributo comunale €. 5,00.



### TARIFFARIO RETTE GIORNALIERE PER OSPITI ESTERNI

Punteggio PAI*	Fasce Intensità Assistenziale	Ricovero Privato	Ricovero Convenzionato A.s.l.
5	BASSA	€. 71,56/die	€. 35,78/die
6	MEDIO BASSA	€. 73,00/die	€. 36,50/die
7 8	MEDIA	€. 77,36/die	€. 38,68/die
9	MEDIO ALTA	€. 88,00/die	€. 44,00/die
10 11	ALTA	€. 95,74/die	€. 47,87/die
12	ALTA INCREMENTATA	€. 104,44/die	€. 52,22/die

### SUPPLEMENTO PER CAMERA SINGOLA

Per tutte le tipologie di retta è richiesto un importo extra di €. 9,00/die.



\*PAI : Piano Assistenziale Individuale. E' uno strumento gestionale predisposto dalla Regione Piemonte ed applicato dall'Equipe multidisciplinare interna, che permette di individuare attraverso una valutazione cognitiva, fisica e motoria dell'Ospite, i bisogni e gli interventi necessari al mantenimento e/o al raggiungimento di obiettivi.

#### La retta comprende:

- 1) servizio alberghiero: vitto/alloggio/pulizie;
- 2) servizio infermieristico: somministrazione terapie/interventi di pronto soccorso/disbrigo pratiche analisi;
- 3) servizio di assistenza diretta alla persona;
- 4) segretariato: disbrigo pratiche varie da parte dell'Ufficio Amministrativo;
- 5) servizio fisiatrico;



- 6) servizio fisioterapia;
- 7) servizio di parrucchiera;
- 8) servizio di animazione;
- 9) attività ricreative.

***La retta non comprende:***

- 1) acquisto medicinali;
- 2) analisi varie prescritte dal medico curante o specialista;
- 3) servizio lavanderia.