

**Richiesta di inserimento presso le strutture residenziali
di tipo sociale o socio-sanitarie
della Cooperativa Sociale La Meridiana S.p.A. Onlus**

(da compilarsi a cura dell'interessato, familiare/tutore/ADS)

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ il _____
residente in Via/Strada _____ nel Comune di _____ (____)
tel.1 _____ tel.2 _____ indirizzo di posta elettronica _____
nella qualità di _____ *(Specificare se persona interessata, tutore, Amministratore di
Sostegno, familiare)*

(da compilarsi a cura del servizio inviante)

SERVIZIO INVIANTE _____
Indirizzo _____ Tel. _____ Fax _____
e-mail _____
Operatore/i di riferimento: _____ Cognome Nome Qualifica _____

CHIEDE

L'INSERIMENTO IN UNA STRUTTURA RESIDENZIALE DELLA COOPERATIVA SOCIALE LA MERIDIANA S.p.A. ONLUS *(barrare la tipologia di struttura interessata):*

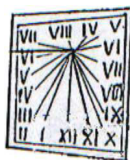
- C.A. (Comunità Alloggio per Anziani)
 C.A.S.A. (Comunità Alloggio Sociale per Anziani)
 C.A.H. (Comunità Alloggio Disabili)
 R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)

(barrare la casella corrispondente alla scelta):

A tempo determinato periodo dal _____ al _____ A tempo indeterminato

Necessità d'ingresso: urgente breve termine lungo termine

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.



DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA INTERESSATA ALL'AMMISSIONE

COGNOME _____ NOME _____

ETA' _____ DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

PROVINCIA DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

CITTADINANZA _____

RESIDENTE in Regione _____

VIA/STRADA _____ N° _____

NEL COMUNE DI _____ IN PROVINCIA DI _____

DOMICILIATO NEL COMUNE DI _____ IN PROVINCIA DI _____

IN VIA/STRADA _____ N° _____

RECAPITI TELEFONICI _____

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA _____

STATO CIVILE _____ N° FIGLI _____

DOCUMENTO DI IDENTITA' _____ N° _____

RILASCIATO DA _____ CON SCADENZA IL _____

CODICE FISCALE _____

ATS DI APPARTENENZA _____ CNS N° _____

DATI RELATIVI ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO

Provenienza della Persona (*barrare la categoria dell'attuale collocazione e specificare ove richiesto*):

abitazione

altra struttura (*specificare tipologia*) _____

altro (*Specificare*) _____

Motivo della Richiesta di Inserimento:

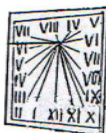
A tal fine, in allegato, si forniscono le informazioni necessarie per la valutazione della richiesta.

Allegati:

◆ All. 1 _____

◆ All. 2 _____

◆ Altri allegati (*specificare*) _____



Dati anagrafici del garante individuato per il pagamento

Nome	Cognome
Data di nascita	Luogo di nascita ()
Residente nel Comune di	Provincia di
Via/Piazza/Strada	n.
recapiti telefonici	
Indirizzo di posta elettronica	
Indirizzo posta elettronica certificata PEC	
Codice Fiscale	
In qualità di (specificare se familiare/Amministratore di sostegno/curatore/tutore)	

Anamnesi sociale della persona interessata all'inserimento

COGNOME _____ NOME _____

ETA' _____ DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

PROVINCIA DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

CITTADINANZA _____

RESIDENTE IN VIA/STRADA _____ N° _____

NEL COMUNE DI _____ IN PROVINCIA DI _____

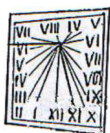
Attuale collocazione:

Composizione del nucleo familiare (specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefonico)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Recapito altri familiari e persone di riferimento

(specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefonico)



Situazione Giuridica dell'interessato:

Interdizione SI NO

Tutore (dati anagrafici e recapiti completi)

Amministrazione di sostegno SI NO

Amministratore di sostegno (dati anagrafici e recapiti completi)

Inabilitazione SI NO

Curatore (dati anagrafici e recapiti completi) :

Attività prima dell'inserimento:

nulla/pensionato

lavoratore

studente

Situazione pensionistica:

Invalidità civile

Indennità di accompagnamento

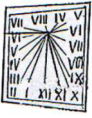
Sociale

Anzianità

Reversibilità

Infortunio sul lavoro

Altro (specificare) _____



Servizi di riferimento:

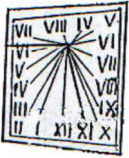
Servizio Sociale Comunale (indirizzo e recapito del servizio):

Operatori referenti (nome, qualifica, recapito):

Servizio distrettuale ASL/ASST - Aree disabilità/CPS/Altro specificare _____
(indirizzo e recapito del servizio):

Operatori referenti (nome, qualifica, recapito):

Medico di base: *(indicare nome cognome e recapito telefonico):*



(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

AREA ASSISTENZIALE

Nome dell'assistito.....

TRASFERIMENTO LETTO –SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico.
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona.
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
- E' indipendente.

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione.
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
- Cammina senza aiuto.

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi.
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

IGIENE PERSONALE

- Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti.
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale.
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale.
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire.
- È capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.



ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato.
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile.
- Totale indipendenza nel mangiare.

CONFUSIONE

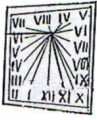
- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive.
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe.
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
- È in grado di pensare chiaramente.

IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità.
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo.

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi.
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione.
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza.
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.



ALTRE SEGNALAZIONI

Incontinenza:

- Assente
- Solo urinaria
- Solo fecale
- Doppia

Gestione incontinenza:

- Presidi assorbenti
- Ano artificiale
- Catetere

Ausili per il movimento:

- Bastone/deambulatore
- Carrozzina
- Nessuno

AREA SOCIALE CONDIZIONE SOCIALE

- 1** supporto sociale presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario)
- 2** parziale supporto sociale (vive solo oppure in famiglia ma i famigliari, anche se presenti, non sono in grado di fornire tutto il supporto necessario)
- 3** assenza di supporto sociale (vive solo e non sono presenti figure di riferimento)

Il compilatore: COGNOME.....NOME.....

IN QUALITA' DI

FIRMA _____

DATA _____



(da compilarsi a cura del medico di base o altri medici specialisti)

Anamnesi sanitaria - Profilo clinico funzionale

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Comune _____ Provincia _____ Stato di Nascita _____

Diagnosi attuale :

Anamnesi clinica:

Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali:

Terapia farmacologica attuale (nome del farmaco e posologia):

Malattie infettive pregresse:

Malattie infettive in atto:



Indicazioni per: diete speciali, intolleranze e/o allergie alimentari e farmacologiche:

Dieta specifica:

SI NO

Presenta problemi di deglutizione: SI NO Necessita di cibi: spezzettati tritati frullati

Protesi dentaria: SI NO

Presenta alterazioni del sonno: SI NO

Se sì, specificare:

Presenta incontinenza sfinterica: SI NO

Se sì, specificare:

Utilizza ausili per l'incontinenza: SI NO

Utilizza ausili/presidi (scarpe ortopediche, deambulatori, carrozzina, caschetto paracolpi, ecc.) SI NO

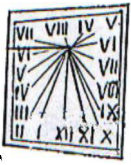
(se sì, specificare tipo e modalità d'uso):

Allegare eventuale copia delle relazioni mediche specialistiche utili.

N.B. allegare fotocopia della documentazione clinica.

Compilato da _____ in data _____

Timbro e firma del Medico _____



RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome dell'Assistito	
Nome dell'Assistito	
Codice fiscale dell'Assistito	
Data di nascita	

Maschio Femmina

data di compilazione _____ MEDICO COMPILATORE _____

LEGENDA:

A: assente;

L: lieve – trattamento facoltativo; prognosi eccellente

M: moderata – trattamento necessario; prognosi buona

G: grave; è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata

MG: molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	GRAVITA'
-------------	-----------------

(barrare la casella che interessa)

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE:	A	L	G	M	MG
-----------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

IPERTENSIONE (si valuta la severità):	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:



AREA	GRAVITA'
-------------	-----------------

(barrare la casella che interessa)

APPARATO VASCOLARE: (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO RESPIRATORIO:	A	L	G	M	MG
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe):	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

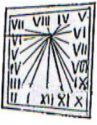
Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:



AREA	GRAVITA'
-------------	-----------------

(barrare la casella che interessa)

FEGATO:	A	L	G	M	MG
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

RENE:	A	L	G	M	MG
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria):	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

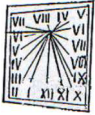
Diagnosi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:



AREA	GRAVITA'
-------------	-----------------

(barrare la casella che interessa)

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	G	M	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) :	A	L	G	M	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
--------------------	-----------	-----------	---------------------------

Lesioni da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
----------------------------	-----------	-----------	------------------

Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
----------------	-----------	-----------	--



Insufficienza respiratoria	NO	SI	02 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
-----------------------------------	----	----	--

Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
----------------------------------	----	----	-------------------------------------

Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
------------------------------	----	----	---

Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
--------------------------------	-----------	----	--

Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
----------------	----	----	--

Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
-------------------------------------	----	----	-------

Vagabondaggio o si perde fuori casa	NO	SI	Note:
--	----	----	-------

Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
---------------------------------	----	----	-------



Deliri (persecutori, di gelosia, etc)	NO	SI	Note:
--	----	----	-------

Allucinazioni	NO	SI	Note:
----------------------	----	----	-------

Inversione ritmo sonno-veglia	NO	SI	Note:
--------------------------------------	----	----	-------

Agitazione notturna	NO	SI	Note:
----------------------------	----	----	-------

Aggressività verso sé e/o gli altri	NO	SI	Note:
--	----	----	-------

Urla o lamentazioni o vocalismi	NO	SI	Note:
--	----	----	-------

Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica	NO	SI	Note:
--	----	----	-------

Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
---	----	----	------------------------

Presenza di disturbi del comportamento alimentare	NO	SI	Note:
--	----	----	-------

Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:
Allergie ad alimenti	NO	SI	Specifica:



TERAPIA IN ATTO

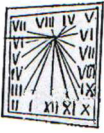
DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

1. Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,.....). Elencare documentazione prodotta:

Recapito telefonico del Medico _____

Indirizzo posta elettronica del Medico _____

Firma e timbro del Medico _____



ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRODURRE AL MOMENTO DELL'INSERIMENTO

Documenti personali dell'Utente:

Tessera sanitaria in corso di validità

Tesserino/foglio ASST di esenzione ticket per patologia/reddito in corso di validità

Codice fiscale

Carta d'identità

Autocertificazione di Residenza se residenza diversa da quella indicata sul documento di identità

fotocopia del verbale di invalidità civile o della domanda di invalidità

esenzione invalidità rilasciata da ATS

fotocopia del decreto di nomina di interdizione e/o inabilitazione e/o amministrazione di sostegno (integrale)

Documentazione sanitaria:

- fotocopie di cartelle cliniche, referti specialistici e relazioni cliniche, riguardanti lo stato di salute generale dell'Utente Anamnesi sanitaria (attraverso la compilazione dell'allegato 2 al presente modulo);
- TERAPIA FARMACOLOGICA in corso, su prescrizione medica, (con indicazione dell'esatta posologia ed orari di somministrazione)
- segnalazione medica di EVENTUALI ALLERGIE farmacologiche e non
- Scheda sanitaria redatta dal Medico di Medicina Generale (curante) con le informazioni generali sulle patologie, esami e terapie eseguite con la dicitura: esente da patologie infettive e/o contagiose in atto.
- Esiti esami ematochimici e strumentali recenti
- Relazione specialistica psichiatrica in caso di patologia psichiatrica
- Relazione specialistica neurologica in caso di patologia cerebrovascolare

N.B. Gli esami sopra elencati hanno validità:

fino a 12 mesi per patologie croniche

fino a 6 mesi per alcune patologie gravi

fino a 3 mesi per scompenso glico-metabolico

Documentazione sociale ed educativa

- Relazioni socio-educative redatte dai servizi di provenienza
- Pei (Progetto Educativo individualizzato) o PdV (Progetto di Vita)

Alla presente domanda, rilasciata in copia al sottoscrittore, si allega la documentazione relativa alla legge sulla privacy che va compilata e firmata e allegata al presente modulo.



Cooperativa Sociale La Meridiana S.p.A. ONLUS Via Volturmo, 32/bis 27058 – Voghera (PV) codice fiscale e P.IVA 01787740180
Informativa ai Richiedenti per lista d'attesa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679
Pagina1/2

1. Introduzione

Egregio Signore/a,

la presente informativa stabilisce i termini e le condizioni relativi al trattamento dei suoi dati personali, conformemente alla normativa vigente. Si prega di leggere attentamente questi termini e condizioni.

La Cooperativa Sociale La Meridiana a r.l. (in seguito, la Cooperativa La informa di essere "Titolare del trattamento" ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento UE 679 del 27 aprile 2016 ("Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", in seguito il "Regolamento").

Per trattamento di dati personali, il Regolamento intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, anche se non registrati in una banca di dati, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'elaborazione, la selezione, il blocco, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

2. Categorie di dati trattati, base giuridica e finalità del trattamento

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, La informiamo che la Cooperativa tratta le seguenti categorie di suoi dati personali da Lei comunicati:

- dati anagrafici (ad esempio, nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, dati di contatto);
- dati relativi alla salute.

Tali dati sono trattati necessari per l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta ("base giuridica del trattamento"), con le seguenti finalità:

- Gestione delle Liste d'attesa per l'accesso ai servizi;
- Gestione del protocollo corrispondenza.

La comunicazione, da parte Sua, di tali dati personali è un requisito necessario. L'eventuale rifiuto a conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva all'esecuzione alle misure precontrattuali di cui sopra.

3. Dati di contatto

L'identità ed i dati di contatto del "Titolare del trattamento" (Cooperativa Sociale "La Meridiana" ONLUS) sono i seguenti:

Dati di contatto del Titolare del trattamento			
Indirizzo: Via Volturmo 32/bis, 27058 Voghera (PV)	Telefono: 0383.3931	Posta elettronica certificata: soc.coop.lameridiana@pec.it	Posta elettronica ordinaria: direzione@coopsocialelameridiana.it

La Cooperativa ha inoltre provveduto, ottemperando all'articolo 37 del "Regolamento", a designare il "Responsabile della Protezione dei Dati", affidandogli i seguenti compiti principali:

- informare e fornire consulenza in merito agli obblighi derivanti dal "Regolamento" nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati;
- sorvegliare l'osservanza del "Regolamento" e, in generale, della normativa vigente.

I dati di contatto del "Responsabile della Protezione dei Dati" sono i seguenti:

Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati			
Indirizzo: Via Volturmo 32/bis, 27058 Voghera (PV)	Telefono: 0383.3931	Posta elettronica certificata: soc.coop.lameridiana@pec.it	Posta elettronica ordinaria: direzione@coopsocialelameridiana.it

4. Destinatari dei Suoi dati personali

I Suoi dati di cui sopra sono stati o saranno comunicati, esclusivamente per esigenze tecniche ed operative strettamente collegate alle finalità sopra enunciate, alle seguenti categorie di destinatari:

- Alla ATS di Pavia (per dati anagrafici richiedenti servizi socio-sanitario-assistenziali), in ottemperanza ad obblighi normativi;
- Al Revisore contabile;
- Al Responsabile per la Protezione dei Dati;
- Ai Legali, consulenti del lavoro, contabili e consulenti esterni.

I dati in formato elettronico potranno essere conservati presso fornitori di servizi informatici in paesi appartenenti all'Unione Europea, conformemente alle disposizioni in materia.



Cooperativa Sociale La Meridiana S.p.A. ONLUS Via Volturmo, 32/bis 27058 – Voghera (PV) codice fiscale e P.IVA 01787740180
Informativa ai Richiedenti per lista d'attesa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679
Pagina2/2

5. Periodo di conservazione dei dati

I dati vengono conservati fino ad evidenza della sopravvenuta inutilità degli stessi.

6. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere (b) e (d), 15, 18, 19 e 21 del Regolamento, La informiamo che:

- Lei ha il diritto di chiedere alla Società l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento, o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- Lei ha il diritto di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito internet ufficiale www.garanteprivacy.it;

Le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su Sua richiesta – salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato – saranno comunicate dalla Società a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. La Società potrà comunicarle i nominativi di tali destinatari qualora Ella lo richieda.

L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito. Unicamente nel caso in cui la richiesta fosse manifestamente infondata o eccessiva, la Società potrà addebitare un contributo spese oppure rifiutare di soddisfare la richiesta.

Per esercitare i suoi diritti, Lei potrà inviare in qualsiasi momento:

- una raccomandata a.r. a: Cooperativa Sociale "La Meridiana" ONLUS, Via Volturmo 32/bis, 27058 Voghera (PV);
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica ordinaria direzione@coopsocialelameridiana.it;
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica certificata soc.coop.lameridiana@pec.it.

Voghera (PV), 25 maggio 2018

Dati del sottoscrittore

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale: _____

In qualità di:

- Diretto interessato
- Familiare (specificare grado di parentela)
- Amministratore di Sostegno
- Tutore
- Altro (specificare)

del Richiedente:

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale: _____

Firma per ricevuta della presente informativa: _____