



## RICHIESTA DI INSERIMENTO

### presso le strutture residenziali di tipo sociale

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

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in Via/Strada \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

tel.1 \_\_\_\_\_ tel.2 \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (Specificare se: persona interessata, Tutore, Amministratore di Sostegno, familiare)

(da compilarsi a cura dell'**Assistente Sociale** del servizio che ha in carico il richiedente)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Servizio di Riferimento \_\_\_\_\_ (Comune \_\_\_\_\_) (\_\_\_\_)

Ruolo nel Servizio \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## C H I E D E

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 rivolta ad Utenti ADULTI con disabilità (Unità d'Offerta Sociale)**

**C.A.S.A. Comunità Alloggio Sociale per ANZIANI (Unità d'Offerta Sociale)**

(*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 \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

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 \* indicazione obbligatoria**

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

**Anamnesi sociale della persona interessata all'inserimento**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
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/SERD/Altro  
specificare \_\_\_\_\_

(indirizzo e recapito del servizio):

---

**Operatori referenti** (nome, qualifica, recapito):

---

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

---

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del Sottoscrittore** \_\_\_\_\_

**Per ricevuta ed Accettazione** \_\_\_\_\_



(da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

## **AREA ASSISTENZIALE**

**Nome e Cognome 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.
- È 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 dure 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.
- È 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 dubioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
- È in grado di pensare chiaramente.

### **IRRITABILITÀ'**

- 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 familiari, 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.

<b>AREA</b>	<b>GRAVITA'</b>
-------------	-----------------

(barrare la casella che interessa)

<b>PATOLOGIE CARDIACHE:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
-----------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>IPERTENSIONE (si valuta la severità):</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

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

Diagnosi:



<b>AREA</b>	<b>GRAVITA'</b>
-------------	-----------------

(barrare la casella che interessa)

<b>APPARATO RESPIRATORIO:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

<b>FEGATO:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

<b>RENE:</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>MG</b>
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:



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

(barrare la casella che interessa)

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:

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

Diagnosi:



## ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
<b>Lesioni da decubito</b>	NO	SI	Sede: Stadio:
<b>Dialisi</b>	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
<b>Insufficienza respiratoria</b>	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
<b>Alimentazione artificiale</b>	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
<b>Gestione incontinenza</b>	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
<b>Ausili per il movimento</b>	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
<b>Protesi</b>	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
<b>Disorientamento tempo/spazio</b>	NO	SI	Note:
<b>Vagabondaggio o si perde fuori casa</b>	NO	SI	Note:
<b>Agitazione psico-motoria</b>	NO	SI	Note:
<b>Deliri (persecutori, di gelosia, etc)</b>	NO	SI	Note:



<b>Allucinazioni</b>	NO	SI	Note:
<b>Inversione ritmo sonno-veglia</b>	NO	SI	Note:
<b>Agitazione notturna</b>	NO	SI	Note:
<b>Aggressività verso sé e/o gli altri</b>	NO	SI	Note:
<b>Urla o lamentazioni o vocalismi</b>	NO	SI	Note:
<b>Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica</b>	NO	SI	Note:
<b>Stato nutrizionale insoddisfacente</b>	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
<b>Presenza di disturbi del comportamento alimentare</b>	NO	SI	Note:
<b>Allergie a farmaci</b>	NO	SI	Specifiche:
<b>Allergie ad alimenti</b>	NO	SI	Specifiche:

**TERAPIA IN ATTO**

**DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE**

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:**

- **RELAZIONE DI INGRESSO DEL MMG/SPECIALISTA (attestante il livello di autonomia negli atti della vita quotidiana che evidenzi le eventuali terapie farmacologiche in atto ed escluda la necessità di assistenza sanitaria o socio sanitaria di carattere continuativo; che evidenzi e descriva la tipologia di aiuto/supporti necessari nelle attività di base/strumentali; che escluda anomalie del comportamento maggiori e non compatibili con la vita in comunità di tipo sociale.**
- 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 Volturno, 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 Volturno 32/bis, 27058 Voghera (PV)	Telefono: 0383.3931	Posta elettronica certificata: <a href="mailto:soc.coop.lameridiana@pec.it">soc.coop.lameridiana@pec.it</a>	Posta elettronica ordinaria: <a href="mailto:direzione@coopsocialelameridiana.it">direzione@coopsocialelameridiana.it</a>

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

- a) informare e fornire consulenza in merito agli obblighi derivanti dal "Regolamento" nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati;
- b) 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 Volturno 32/bis, 27058 Voghera (PV)	Telefono: 0383.3931	Posta elettronica certificata: <a href="mailto:soc.coop.lameridiana@pec.it">soc.coop.lameridiana@pec.it</a>	Posta elettronica ordinaria: <a href="mailto:direzione@coopsocialelameridiana.it">direzione@coopsocialelameridiana.it</a>

## 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 Volturno, 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](http://www.garanteprivacy.it);

Le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su Sua richiesta – salvo che ciò si rivelì 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 Volturno 32/bis, 27058 Voghera (PV);
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica ordinaria [direzione@coopsocialelameridiana.it](mailto:direzione@coopsocialelameridiana.it);
- una e-mail all'indirizzo di posta elettronica certificata [soc.coop.lameridiana@pec.it](mailto: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: \_\_\_\_\_**