

© I contenuti del presente documento sono di proprietà esclusiva Casa di Riposo "Venanzio Santanera".

All'attenzione della Responsabile della Casa di Riposo
Casa di Riposo "Venanzio Santanera"

Via Roma, 113 – 14018 Villafranca d' Asti (AT)

Telefono 0141.943120 fax 0141. 943634

e.mail direzionesantanera@alice.it

sito internet : www.fondazionesantanera.it



Il/La sottoscritto/a richiedente dichiara con la presente domanda:

- che i propri dati anagrafici sono quelli riportati qui sotto;
- di accettare il Regolamento della struttura riportato sulla Carta dei Servizi che dichiaro di aver ricevuto in copia e di ben conoscere e che viene allegata alla presente in copia da me sottoscritta per dichiarazione di conoscenza, unitamente alla convenzione sottoscritta con l' ASL di competenza (solo per utenti in convenzione).
- che le proprie condizioni di salute sono correttamente riportate nella scheda medica allegata;
- di non essere affetto/a da malattie infettive
- di essere idoneo/a alla vita comunitaria
- di nominare quale proprio garante la persona indicata qui sotto, che si impegna a provvedere al pagamento della retta e delle spese in caso di mia impossibilità;
- che autorizza la casa di riposo a utilizzare, sotto precisa prescrizione medica, i mezzi di contenzione adatti.

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME E NOME

TELEFONO

LUOGO (COMUNE, PROVINCIA) E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENZA (VIA, CAP, COMUNE, PROVINCIA)

Il/La sottoscritto/a garante dichiara con la presente domanda:

- che i propri dati anagrafici sono quelli riportati qui sotto;
- di accettare il Regolamento della struttura riportato sulla carta dei servizi che dichiaro di aver ricevuto in copia e di ben conoscere e che viene allegata alla presente in copia da me sottoscritta per dichiarazione di conoscenza
- che le condizioni di salute del richiedente sono correttamente indicate nella scheda medica allegata;
- di impegnarsi a provvedere al pagamento della rette e delle spese in caso di impossibilità del richiedente;
- che autorizza la casa di riposo a utilizzare, sotto precisa prescrizione medica, i mezzi di contenzione adatti.

DATI DEL GARANTE

PARENTELA / RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE

COGNOME E NOME

TELEFONO

LUOGO (COMUNE, PROVINCIA) E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENZA (VIA, CAP, COMUNE, PROVINCIA)

Allegare alla presente domanda copia di un documento valido del richiedente e del garante

IL RICHIEDENTE:

IL GARANTE:

PRESIDENTE CASA DI RIPOSO

Luogo / Data:

Luogo / Data:

Luogo / Data:

⁶ I contenuti del presente documento sono di proprietà esclusiva Casa di Riposo "Venanzio Santanera".

	Luogo e data di nascita	
Provenienza	Condizioni generali	
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Ospedale (reparto) → _____ <input type="checkbox"/> Casa di cura (reparto) → _____ <input type="checkbox"/> Casa di riposo (Tipo) → _____	<input type="checkbox"/> Buone <input type="checkbox"/> Discrete → _____ <input type="checkbox"/> Scadenti → _____ <input type="checkbox"/> _____	
Stato mentale	Attività	
<input type="checkbox"/> Lucido <input type="checkbox"/> Apatico → _____ <input type="checkbox"/> Confuso → _____ <input type="checkbox"/> Agitato → _____	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Cammina con aiuto → _____ <input type="checkbox"/> Costretto su sedia → _____ <input type="checkbox"/> Costretto a letto → _____	
Incontinenza		
<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Incontinente per l'urina (specificare portatore di catetere vescicole e permanenza) → _____ <input type="checkbox"/> Doppia incontinenza → _____		
Autosufficienza		
<input type="checkbox"/> Piena e completa <input type="checkbox"/> Semidipendente → _____ <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente → _____	Si veste da solo Si lava da solo Si alimenta da solo Va in bagno da solo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Altre informazioni:		
Patologie croniche in atto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Descrivere _____
Portatore di protesi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Descrivere _____
Intossicazioni croniche (alcool,...)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Descrivere _____
Allergie alimentari e farmacologiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Descrivere _____
Dieta particolare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Descrivere _____
Terapie farmacologia in atto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Allegare documentazione a parte, su ricettario personale, indicando posologia e durata, effettiva o presunta, del trattamento.
<p>Il sottoscritto, in qualità di medico curante, dichiara che il richiedente non è attualmente affetto da malattie infettive, contagiose o comunque trasmissibili o da deficit psichici tali da impedire di vivere in comunità. Il richiedente necessita di cure riabilitative (indicare il tipo di cure):</p> <p>Ulteriori informazioni utili per un'adeguata assistenza del richiedente:</p> <p>Nota: la scheda medica va compilata del medico curante, ovvero dal medico di medicina generale, dal medico ospedaliero o dal medico di casa di cura che firma le dimissioni ovvero del responsabile sanitario della casa di riposo dove il richiedente è ospitato.</p>		
<u>Medico curante</u>	<u>Presidente Casa di Riposo</u>	

⁶ I contenuti del presente documento sono di proprietà esclusiva Casa di Riposo "Venanzio Santanera".

<p>Alla cortese attenzione del/la Signor/a</p> <p>Richiedente</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Alla cortese attenzione del/la Signor/a</p> <p>Garante</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Facendo seguito alla Vostra domanda di accoglienza in data siamo lieti di comunicarvi il preventivo di ospitalità: Euro/mensili</p> <p>Servizi suppletivi (tipo).....(costo)...../.....</p> <p>L'accoglienza del richiedente è possibile dal.....</p> <p>Sigla personale identificativa da applicare sul vestiario personale:</p>		
<p>Il presente preventivo è basato sulle condizioni di salute del richiedente dichiarate con la "scheda medica"; in caso di diversa valutazione o variazione dello stato di salute il presente preventivo non è più applicabile. Il presente preventivo ha validità 90 giorni.</p> <p>Vi preghiamo di restituirci copia del presente preventivo firmato nella pagina seguente per accettazione dal richiedente e dal garante. I sottoscritti in qualità di richiedente e di garante accettano il preventivo ricevuto.</p> <p>I sottoscritti richiedono:</p> <p><input type="checkbox"/> accoglienza temporanea presso questa struttura dal al.....</p> <p><input type="checkbox"/> accoglienza definitiva presso questa struttura dal</p> <p>I sottoscritti:</p> <p><input type="checkbox"/> si impegnano a disporre mensilmente entro il giorno 5 di ciascun mese il pagamento della retta concordata e per tutte le spese che saranno effettuate su richiesta o per esigenze connesse con l'assistenza. In particolare approvo le seguenti clausole:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. che tale retta è suscettibile di adeguamento in base alle variazioni dell'indice dei prezzi al consumo per famiglie d'operai e d'impiegati, annualmente accertato dall' ISTAT e calcolato sulla media degli ultimi 12 mesi 2. che la retta potrà essere modificata in conseguenza del variare del tipo di assistenza che verrà somministrata, in conseguenza delle variazioni delle esigenze personali e dello stato di salute. 3. che la retta potrà altresì essere soggetta a modificazioni in conseguenza dell'ammodernamento della struttura nonché della variazione dei costi della manodopera. <p><input type="checkbox"/> che nei casi previsti dai precedenti punti 2 e 3,</p> <ol style="list-style-type: none"> a) l'Amministrazione della Residenza mi informerà delle variazioni della retta con lettera spedita presso il mio domicilio di..... b) che io potrò recedere dal presente contratto nel termine di trenta giorni dalla data di ricezione della stessa, liberando nello stesso termine la stanza da me occupata, manifestando tale recesso per iscritto, con lettera raccomandata indirizzata a codesta Direzione c) che il mancato esercizio di tale esplicita facoltà di recesso, comporterà l'automatico rinnovo del presente contratto alle nuove condizioni comunicatemi. <p><input type="checkbox"/> si impegnano a applicare sul proprio vestiario personale il nome dell'ospite o la sigla personale identificativa;</p> <p><input type="checkbox"/> dichiarano che non ci sono state variazioni nello stato di salute del richiedente rispetto a quanto indicato sulla scheda medica presentata con la domanda di accoglienza;</p> <p><input type="checkbox"/> accettano la Carta dei Servizi della struttura che dichiarano di aver ricevuto in copia e di ben conoscere, e che viene allegata alla presente in copia da noi sottoscritta per dichiarazione di conoscenza, unitamente alla convezione sottoscritta con l' ASL di competenza (solo per utenti in convenzione).</p> <p><input type="checkbox"/> si impegnano a compilare la "scheda ospite" a pagina 4 e presentare i documenti ivi indicati</p>		
<p>Dichiarazione di accollo:</p> <p>Il sottoscritto....., nato a.....(.....), il e residente in.....(.....), via....., codice fiscale.....dichiaro di accollarmi espressamente ogni obbligazione pecuniaria contratta dal/la sig./ra.....ivi compresa ogni spesa connessa al ricovero (spese mediche non convenzionate col SSN, medicinali, analisi, trasporto con ambulanza ecc.), di cui alla presente, che dichiaro di conoscere ed approvare. Mi impegno a pagare la retta, mensilmente e senza bisogno di alcuna richiesta, con bonifico sul conto corrente bancario n.....IBAN....., intestato alla residenza e mi impegno altresì a pagare con lo stesso modo, ogni altra spesa accessoria entro dieci giorni dalla semplice richiesta a me indirizzata.</p>		
<p>IL RICHIEDENTE PER ACCETTAZIONE</p>	<p>IL GARANTE PER ACCETTAZIONE</p>	<p>PRESIDENTE CASA DI RIPOSO</p>

⁶ I contenuti del presente documento sono di proprietà esclusiva Casa di Riposo "Venanzio Santanera".

COGNOME E NOME		LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA		CODICE FISCALE	
DATI DEL GARANTE E DI ALTRI FAMILIARI			
Cognome Nome Via N°	Parentela CAP Comune Pr	Garante Telefono, telefonino	
Cognome Nome Via N°	Parentela CAP Comune Pr	Telefono, telefonino	
Cognome Nome Via N°	Parentela CAP Comune Pr	Telefono, telefonino	
Cognome Nome Via N°	Parentela CAP Comune Pr	Telefono, telefonino	
MEDICO CURANTE			
Cognome Nome Via N°	CAP Comune Pr	Telefono Cell. per. urgenze	
DOCUMENTI ALLEGATI			
<input type="checkbox"/> scheda medica <input type="checkbox"/> cartelle cliniche; <input type="checkbox"/> prescrizioni mediche; <input type="checkbox"/> prescrizioni dietetiche; <input type="checkbox"/> dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali <input type="checkbox"/> documento d'identità (fotocopia fronte e retro) valido e aggiornato del richiedente e del garante; <input type="checkbox"/> codice fiscale (fotocopia) del richiedente; <input type="checkbox"/> tesserino sanitario (in originale) del richiedente; <input type="checkbox"/> tesserino di esenzione (in originale) dal pagamento dei medicinali del richiedente; <input type="checkbox"/> Liberatoria utilizzo immagini e video Altro: _____			
IL RICHIEDENTE		IL GARANTE	PRESIDENTE CASA DI RIPOSO

⁶ I contenuti del presente documento sono di proprietà esclusiva Casa di Riposo "Venanzio Santanera".

Informativa e richiesta consenso ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 Regolamento Europeo 679/2016 (nel prosieguo, "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Ai Signori Ospiti / Rappresentanti / Garanti

Premessa

Con la presente forniamo qui di seguito le informazioni circa l'utilizzo da parte della scrivente società dei Vostri/Suoi dati personali acquisiti in relazione alla gestione ed erogazione del servizio.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "Regolamento"), Le forniamo le seguenti informazioni relativamente alle modalità di trattamento dei Suoi dati personali:

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il **Titolare** del trattamento dei dati è **FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DOTTOR VENANZIO SANTANERA**, con sede in 14018 Villafranca d'Asti, via Roma 113, Codice Fiscale 80004760056 e P.IVA 00915480057.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Ai sensi dell'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679 la Fondazione ha designato un **Responsabile della protezione dei dati (DPO o RPD)** che potrà essere contattato ai seguenti recapiti. *Posta:* FONDAZIONE CASA DI RIPOSO SANTANERA, via Roma 113, 14018 Villafranca d'Asti, *PEC* rdp.privacy@pec.it;

Fonte dei dati personali

I dati in nostro possesso, acquisiti in relazione al rapporto di gestione ed erogazione del servizio sono raccolti direttamente presso l'interessato. tutti i dati raccolti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente, e comunque, con la dovuta riservatezza.

Finalità e base giuridica del trattamento

I Suoi dati personali, anche di natura particolare saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, e solo previo Suo specifico e libero consenso per le finalità di seguito indicate:

- ✓ finalità di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione e attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, registrazione delle esenzioni, certificatorie relative allo stato di salute, etc.);
- ✓ comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) indicati specificamente dall'interessato, ove applicabile;

I Suoi dati personali sono/saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, senza il Suo consenso, per le finalità di seguito indicate:

- ✓ in ottemperanza agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria (in particolare in materia di igiene e sanità ed in relazione ad adempimenti fiscali; verifiche di carattere amministrativo, ispezioni di organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria; investigazioni della polizia giudiziaria ecc.);
- ✓ finalità difensive;

I Suoi dati personali sono/saranno trattati dal Titolare, solo in forma anonima, per le eventuali finalità di seguito indicate:

- ✓ attività di programmazione, gestione e controllo dell'assistenza sanitaria, svolte anche attraverso indagini e questionari di valutazione del gradimento.

Inoltre, le Sue immagini saranno trattate, solo previo Suo specifico e libero consenso e specifica liberatoria, per le finalità di seguito indicate:

1. Consentire l'eventuale esposizione, all'interno della struttura, di riproduzioni fotografiche relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio.

⁶ I contenuti del presente documento sono di proprietà esclusiva Casa di Riposo "Venanzio Santanera".

2. Consentire l'eventuale pubblicazione, senza diffusione esterna, di newsletter con riproduzioni fotografiche e testi contenenti anche esperienze personali.
3. Consentire l'eventuale pubblicazione di riproduzioni fotografiche e/o video relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza, sul sito internet istituzionale e social network ufficiali

Nella tabella sono riportate le finalità, la natura dei dati trattati e la base giuridica di riferimento:

FINALITA'	DATI TRATTATI	BASE GIURIDICA
Gestione della clientela	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale dell'Ospite e/o dei suoi garanti e o amministratori ; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.), dati relativi ai pagamenti, agli accolti, ecc..	Esecuzione di un contratto, di cui l'interessato è parte. Accertare, esercitare o difendere un diritto
Prestazioni di natura sanitaria concordate/ Valorizzazione FSE	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Stato di salute – patologie attuali, patologie pregresse; Stato di salute – terapie in corso; Sesso	Manifestazione del consenso del soggetto interessato
Prestazioni di natura sanitaria	Stato di salute – patologie attuali, patologie pregresse; Stato di salute	Salvaguardia interessi vitali dell'interessato
Tenuta dei registri contabili e Adempimenti fiscali	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale anche di eventuali Garanti/Rappresentanti; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; corrispettivo della prestazione resa; descrizione della prestazione resa	Rispetto di obblighi di legge
Attività di monitoraggio e valutazione dei servizi sanitari	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; corrispettivo della prestazione resa; descrizione della prestazione resa	Rispetto di obblighi di legge
Promozione dell'attività sociale, sensibilizzazione della comunità.	riproduzioni fotografiche / video relative a momenti conviviali e di svago	Manifestazione del consenso del soggetto interessato

Modalità del trattamento

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto della citata legge.

Conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono raccolti, rispettando il principio di minimizzazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c) del GDPR, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nelle procedure aziendali adottate, rese disponibili all'interessato presso l'Ufficio amministrazione. I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario all'assolvimento di obblighi di legge, ovvero secondo quanto previsto in termini di conservazione per la documentazione sanitaria prodotta.

Natura della raccolta

La comunicazione dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è obbligatoria. Il loro mancato conferimento comporta, a seconda dei casi, l'impossibilità di accedere alle prestazioni sanitarie e/o l'impossibilità di ottenere i benefici economici richiesti e/o previsti dalla normativa vigente.

Il conferimento dei dati relativi al Suo stato di salute affinché siano comunicati ai Suoi familiari è facoltativo e, in mancanza, Lei potrà comunque beneficiare delle prestazioni sanitarie: pertanto, in occasione di ogni ricovero Le verrà chiesto di indicare a quali soggetti desidera far conoscere tali informazioni.

Il conferimento dei dati per le finalità di cui ai punti 1, 2 e 3 sono facoltativi: pertanto, un eventuale diniego del consenso al trattamento Le impedirà di usufruire dei rispettivi servizi ma Le consentirà di beneficiare della prestazione del ricovero

Comunicazione e diffusione

⁶ I contenuti del presente documento sono di proprietà esclusiva Casa di Riposo "Venanzio Santanera".

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, e in presenza della base giuridica relativa, i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni e secondo i profili attribuiti agli stessi (compresi medici in formazione specialistica, tirocinanti, ecc.), nonché, nei casi stabiliti da leggi, regolamenti o per svolgimento di funzioni istituzionali, alle seguenti categorie di soggetti esterni:

- ✓ Soggetti pubblici (Aziende Sanitarie) e/o privati (Strutture sanitarie private, Case di riposo) coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico, in caso di trasferimento;
- ✓ Servizio Sanitario Regionale (es. invio delle schede di dimissione ospedaliera);
- ✓ Compagnia assicurativa dell'Azienda al fine di tutelare gli operatori e l'Azienda stessa nelle ipotesi di responsabilità;
- ✓ Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita;
- ✓ Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.
- ✓ Società e professionisti per lo svolgimento di attività economiche, per l'assolvimento di norme di legge e per garantire l'assistenza medica specialistica e infermieristica (Medico curante del Richiedente, Enti sanitari quali il Medico di guardia e il pronto soccorso, infermieri, Aziende Sanitarie Locali competenti).

I dati non saranno diffusi.

Le assicuriamo che tutte le comunicazioni avverranno nell'osservanza della norma e, in particolare, saranno strettamente connesse alle finalità sopra esposte.

I Suoi dati personali non saranno oggetto/di trasferimento presso Paesi Terzi non europei.

Il Titolare del trattamento si riserva però la possibilità di utilizzare servizi in cloud: in tal caso i fornitori di tali servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR.

Diritti dell'interessato

In qualità di interessato ha il diritto di ottenere, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o la portabilità dei dati o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento); revocare il consenso al trattamento specifico. Tale revoca non preclude la liceità del trattamento effettuato in base al consenso prestato anteriormente alla revoca.

L'apposita istanza dovrà essere presentata per iscritto a FONDAZIONE CASA DI RIPOSO SANTANERA, via Roma 113, 14018 Villafranca d'Asti, via mail a direttoriesantenera@alice.it

Diritto di reclamo.

Qualora ritenga che il trattamento avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo al Garante, quale Autorità di controllo, secondo le procedure previste (art. 77 del Regolamento stesso), o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

CONSENSO DELL'INTERESSATO/A

Io sottoscritto/a, dichiaro di aver preso debita conoscenza della suestesa informativa, dei diritti dell'interessato di cui al Regolamento Europeo 679/16, e la possibilità di acconsentire al trattamento per le finalità di cui sopra, nei termini sopra descritti, dei miei dati personali e dei miei familiari. Tale consenso viene da me espressamente riferito anche ai dati definiti particolari "sensibili" (ex art. 9 del Regolamento -stato di salute) la cui natura ed importanza mi è nota.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

all' utilizzo dei miei dati per la **valorizzazione ed aggiornamento del mio Fascicolo Sanitario Elettronico**

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

ad **esporre all'interno della struttura** di riproduzioni fotografiche relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio;

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

a pubblicare, senza diffusione esterna, **newsletter interne** con riproduzioni fotografiche e testi contenenti anche esperienze personali

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

a pubblicare riproduzioni video e fotografiche relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio, **sul sito internet istituzionale e sulla pagina ufficiale dei social network della Fondazione Data**

Firma (leggibile) _____

I contenuti del presente documento sono di proprietà esclusiva Casa di Riposo "Venanzio Santanera".

Oggetto: Liberatoria/ autorizzazione per la pubblicazione di foto e video**IL SOTTOSCRITTO, COGNOME E NOME**

NATO IL _____ A _____ | CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ () VIA _____ N° _____
C.A.P. _____**DATI DELL'AMMINISTRATORE DELL'OSPITE (da qui in poi GARANTE)**

COGNOME E NOME _____

 Familiare Tutore Curatore Amministratore di sostegnoNATO IL _____ A _____ |
CODICE FISCALE _____RESIDENTE A _____ () VIA _____ N° _____
C.A.P. _____

Con riferimento alle immagini (foto e video) relative a momenti conviviali e di svago avvenuti durante la permanenza presso il presidio,

AUTORIZZA

La **Fondazione Casa di Riposo Santanera**, senza limiti di tempo e a titolo gratuito, anche ai sensi degli artt.10 e 320 cod. civ e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n.633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini sul sito internet istituzionale della Fondazione, sui social network, su carta stampa e/o qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video degli stessi negli archivi informatici dello stesso e prende atto che le finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo ed eventualmente promozionale.

La presente liberatoria potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta indirizzata alla Fondazione Casa di Riposo Santanera, via Roma 113, 14018 Villafranca d'Asti o via mail a direttoresantanera@alice.it.

Data _____

Firma (leggibile) _____