



Unité des Communes
valdôtaines
Mont - Émilis

SOGGIORNO TERMALE

ANNO 2024

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

PER GLI ANZIANI RESIDENTI NEI COMUNI DI:

**BRISOGNE - CHARVENSOD - FÉNIS - GRESSAN - JOVENÇAN - NUS - POLLEIN -
QUART - SAINT-MARCEL - SAINT-CHRISTOPHE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ il _____ e residente nel Comune di

_____, in via _____,

tel. _____, Codice Fiscale _____,

e-mail _____ (campo

obbligatorio per l'invio delle comunicazioni da parte dell'Unité)

inoltra domanda per poter partecipare al soggiorno termale per anziani
organizzato dall'Unité des Communes valdôtaines Mont-Émilis, presso l'hotel
Ariston di Acqui Terme (AL), dal 20 ottobre 2024 al 27 ottobre 2024.

A TAL FINE DICHIARA

- di autorizzare l'Unité all'invio delle comunicazioni tramite e-mail;
- di essere consapevole che la disponibilità di camere singole e di camere doppie ad uso singola è limitata e che sarà data la priorità in base alla residenza nel territorio dell'Unité e all'ordine di arrivo delle domande di partecipazione;
- (eventuale) di condividere la camera doppia con il/la Sig./Sig.ra: _____;
- di volere (se disponibile) la camera singola, al costo aggiuntivo complessivo, per l'intero periodo, di **Euro 56,00**;
- di volere (se disponibile) la camera doppia ad uso singola, al costo aggiuntivo complessivo, per l'intero periodo, di **Euro 133,00**;
- di impegnarsi a pagare, su richiesta dell'Unité e prima della partenza, l'importo dovuto tramite bollettino PagoPA;
- di essere consapevole che nell'importo dovuto di cui sopra non è compresa l'imposta di soggiorno, pari ad un costo giornaliero di Euro 1,50 e solo per i primi quattro giorni (da corrispondere direttamente all'hotel);
- di essere consapevole che il Servizio Sanitario Nazionale ha istituito delle Convenzioni con le strutture termali che permettono l'accesso alle cure termali attraverso il pagamento del ticket di Euro 55,00 (privo di esenzioni) oppure il pagamento della quota ricetta di Euro 3,10 (cod. esenzione E01);
- di esibire l'impegnativa medica e la documentazione comprovante il pagamento del ticket di Euro 55,00 (privo di esenzione), che comprende la visita medica e n. 12 sedute (o 12 terapie), oppure la documentazione comprovante il pagamento della quota ricetta di Euro 3,10 (cod. esenzione E01), che comprende la visita medica e n. 12 sedute (o 12 terapie);
- di essere consapevole che, l'esenzione E01 di cui sopra è riservata a coloro con almeno 66 anni di età e con un reddito annuale loro pari a Euro 36.151,98 per nucleo familiare.

Si allega alla domanda quanto segue:

- scheda sanitaria, debitamente compilata e sottoscritta dal medico curante;
- impegnativa medica e pagamento del ticket di Euro 55,00 o di Euro 3,10;
- documento di identità in corso di validità;
- (eventuale) Indicatore della Situazione Economica ed Equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare (per coloro che intendessero pagare l'intero costo del servizio NON è necessaria la presentazione dell'I.S.E.E).

Luogo e data _____

FIRMA

SOGGIORNO TERMALE PER ANZIANI

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E DELLA NORMATIVA NAZIONALE

Secondo la normativa indicata, il trattamento relativo al presente servizio sarà improntato ai principi di **correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.**

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

I dati personali che in occasione dell'attivazione del presente servizio saranno raccolti e trattati **riguardano:**

- dati identificativi: cognome e nome, residenza, domicilio, nascita;
- situazione familiare, immagini, elementi caratteristici della identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale, sociale;
- dati inerenti lo stile di vita;
- situazione economica;
- situazione finanziaria;
- situazione patrimoniale;
- situazione fiscale.

In particolare sono previsti trattamenti di **dati particolari (ex sensibili):**

- dati inerenti l'origine razziale o etnica;
- opinioni politiche;
- convinzioni religiose o filosofiche;
- appartenenza sindacale;
- salute, vita;
- dati genetici e biometrici;
- dati relativi a condanne penali.

I dati raccolti saranno trattati **in quanto:**

- l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità (in questo caso il consenso sarà acquisito con separato atto).

I dati personali forniti saranno **oggetto** di: raccolta; registrazione; organizzazione; strutturazione; conservazione; consultazione; uso; comunicazione mediante trasmissione; ogni altra operazione applicata a dati personali.

In caso di comunicazione i dati saranno trasmessi all'Hotel Ariston di Acqui Terme (AL).

Si informa che, tenuto conto delle finalità del trattamento come sopra illustrate, il conferimento dei dati è **obbligatorio** e il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere l'attività.

Il trattamento sarà effettuato sia **con strumenti manuali e/o informatici e telematici** con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

In particolare sono state adottate le seguenti **misure di sicurezza:**

- misure specifiche poste in essere per fronteggiare rischi di distruzione, perdita, modifica, accesso, divulgazione non autorizzata, la cui efficacia va valutata regolarmente;
- sistemi di autenticazione;
- sistemi di autorizzazione;

- sistemi di protezione (antivirus; firewall; antintrusione; altro) adottati per il trattamento;
- sicurezza anche logistica.

I dati personali vengono conservati: a tempo illimitato nel rispetto della vigente normativa.

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i **diritti**:

- di richiedere maggiori informazioni in relazione ai contenuti della presente informativa;
- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (nei casi previsti dalla normativa);
- di opporsi al trattamento (nei casi previsti dalla normativa);
- alla portabilità dei dati (nei casi previsti dalla normativa);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca;
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy);
- di dare mandato a un organismo, un'organizzazione o un'associazione senza scopo di lucro per l'esercizio dei suoi diritti;
- di richiedere il risarcimento dei danni conseguenti alla violazione della normativa (art. 82).

Qualora il titolare del trattamento intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento verranno fornite informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

La informiamo che potrà ottenere ulteriori informazioni sul trattamento dei dati e sull'esercizio dei suoi diritti nonché sulla disciplina normativa in materia ai seguenti link:

Descrizione	Link
Pagine web dell'Unité	https://www.cm-montemilius.vda.it/
Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)	https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2016.119.01.0001.01.ITA
Garante europeo della protezione dei dati (GEPD)	https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/edps_it
Garante per la Protezione dei Dati Personali (GPDP)	http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home

IL TITOLARE

Unité des Communes valdôtaines Mont-Émilium
sede legale in Quart, in Località Champeille n. 8
Codice Fiscale 80004630077 e Partita IVA 00563570076
E-Mail: info@cm-montemilius.vda.it
PEC: protocollo@pec.cm-montemilius.vda.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____,

C.F.: _____, residente in _____, in
via/fraz./loc. _____

presto il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità specificate nell'informativa sottoposta alla mia attenzione.

Luogo _____, Data _____

Firma _____

SCHEDA SANITARIA

(circolare regionale del 24.05.2001 prot. 16329)

Facsimile 4 - Scheda sanitaria per l'accesso ai soggiorni climatici

Nome Utente _____

N. libretto sanitario _____

N. esenzione ticket _____

Medico di base _____ tel. _____

Inquadramento diagnostico attuale _____

Terapia farmacologica in atto _____

Mobilità

normale

cammina con aiuto

costretto su sedia

fa le scale

é in grado di usare la toilette da solo

ausilio strumentale

a letto

si

si

con persona

no

no

Allergie note

no

si

Portatore di altre protesi

no

si

Terapia anticoagulante

no

si

Portatore di pacemaker

no

si

Stato nutrizionale

normale

peso _____

eccessivo

altezza _____

carente

Difficoltà di masticazione

no

si

adentulia

con protesi

Mangia da solo

no

si

Alcool

no

moderato

elevato

Dieta eventuale _____

Vista deficit

no

si

corretto

glaucoma

non corretto

altro

Udito deficit

no

si

corretto

lieve

non corretto

grave

Tipo di alvo _____

Incontinenza urinaria no saltuaria permanente
 portatore di catetere di pannolone

Incontinenza fecale no saltuaria permanente

Piaghe da decubito no
 si superficiali profonde

Disturbi neuropsichici _____

Specificare

Del linguaggio no si _____
Della comprensione no si _____
Della memoria no si _____
Dell'orientamento spaziale no si _____
Dell'orientamento temporale no si _____
Del sonno no si _____
Del comportamento no si _____
Dell'umore no si _____

Prestazioni infermieristiche no si frequenza _____

Controllo della pressione arteriosa no si

Glicemia no si

Terapia iniettiva no si

Medicazioni no si

Prelievi no si

Altro _____

Eventuali problemi _____

In sintesi

L'autonomia è gravemente compromessa da patologie invalidanti no si

Data _____

Firma del medico _____