



SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO AMMINISTRATIVO DEGLI APA	
ACCETTAZIONE DATA E TIMBRO	NOME E COGNOME OPERATORE RICEVENTE
	FIRMA OPERATORE RICEVENTE

**DOMANDA DI AMMISSIONE
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI**

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

OPPURE

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROV. CAP.

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

IN QUALITÀ DI DELLA SIG.RA/ SIG.

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO GLI ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI. NEL CASO IL RICHIEDENTE SIA PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO/I ALL'AMMISSIONE, LA PRESENTE DOMANDA È DA INTENDERSI EFFETTUATA CON IL CONSENSO DI QUEST'ULTIMO/I.

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA INTERESSATA ALL'AMMISSIONE MINI ALLOGGI PROTETTI ARCOBALENO

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITAPROV.

RESIDENTE APROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

STATO CIVILE N. FIGLI MASCHI N. FIGLI FEMMINA

CODICE FISCALE

A.S.L. DI APPARTENENZA TESSERA SANITARIA

Dati relativi alla richiesta di ammissione

SITUAZIONE ABITATIVA

- VIVE SOLO
- VIVE SOLO CON BADANTE
- VIVE CON ALTRE PERSONE NON PARENTI E NON PARTNER
- VIVE CON ALTRO FAMILIARE/CONVIVENTE
- VIVE CON FAMILIARE/CONVIVENTE E BADANTE
- INFORMAZIONE NON NOTA

SITUAZIONE ASSISTENZIALE ALLA DATA DELLA DOMANDA

- A DOMICILIO SENZA ALCUNA ASSISTENZA
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE SAD
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE ADI/VOUCHER SOCIO SANITARIO
- A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIALE DIURNA SEMIRESIDENZIALE
- A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIO SANITARIA DIURNA SEMIRESIDENZIALE
- BENEFICIARIO DI BUONO SOCIO-SANITARIO
- RICOVERATO PRESSO:
- INFORMAZIONE NON NOTA

MOTIVO DELLA DOMANDA

- HA PERSO L'AUTONOMIA PSICOFISICA
- VIVE SOLO
- DATO NON RILEVATO
- LA FAMIGLIA NON È IN GRADO DI PROVVEDERE
- L'ALLOGGIO NON È IDONEO
- ALTRO

DATI ANAGRAFICI DEL GARANTE (FAMILIARE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO)

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITAPROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE

ALTRI REFERENTI DELLA PERSONA DA CONTATTARE

1) Grado di parentela:

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE

2) Grado di parentela:

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE

3) Grado di parentela:

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA PROV.

RESIDENTE A PROVINCIA CAP.....

VIA N.

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE

Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione

Intestatario di indennità di accompagnamento: NO SI
Situazione Pensionistica : nessuna pensione anzianità/vecchiaia sociale
 speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc) reversibilità
 invalidità

Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto

- Tipologia: - a tempo determinato (sollevio) per n. mesi
- a tempo indeterminato

- Necessità di ingresso urgente breve termine lungo termine

Elenco dei documenti da produrre al momento della presentazione della domanda di ingresso:

1. fotocopia della carta di identità;
2. fotocopia tessera sanitaria/carta regionale dei servizi;
3. fotocopia del verbale o della domanda di invalidità;
4. fotocopia tesserino esenzione ticket;
5. scheda assistenziale e scheda sanitaria allegate.

Controllare la validità dei documenti

Data..... Firma del sottoscrittore

Per ricevuta ed accettazione: Firma referente M.A.P

RELAZIONE ASSISTENZIALE

(Da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Cognome e Nome 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 provvedere 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
- E' capace di lavarsi mani e viso, 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 tagliare la carne, aprire confezioni, ecc.. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

CONFUSIONE

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

Il compilatore:

Cognome Nome

In qualità di

Data

Firma

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome assistito M F

Data di nascita Data compilazione

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	Gravità
------	---------

(barrare la casella che interessa come da legenda)

solo per la patologia più grave

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (8segnalare anche le ulcere da decubito)	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

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

Diagnosi:.....
.....

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare:
Lesione da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
Insufficienza respiratoria	NO	SI	Ossigenoterapia: Ventilatore: Durata orario ossigenoterapia:
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	NO	SI	Note:
Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
Inversione ritmo sonno-sveglia	NO	SI	Note:
Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:

TERAPIA IN CORSO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Recapito telefonico del Medico

Timbro e Firma del Medico

D.1. – Modello di Informativa all’ospite/beneficiario del servizio per il trattamento dei dati personali – Art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Gentile Signore/a,

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs. 196/03, il Titolare del trattamento garantisce che il trattamento dei dati personali si svolge secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza al fine di tutelare i diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone fisiche.

Titolare del trattamento: Il Titolare del trattamento dei dati è l’Ente Gestore – Cooperativa Sociale Arcobaleno s.r.l. con sede legale in Cava Manara (PV), via F. Belli 8, in persona del Legale Rappresentante Cav. Napolitano Carmine. Si informa che il Titolare ha delegato al trattamento dei dati il Direttore dell’Ente, Sig. Rendina Domenico, domiciliato a tale riguardo presso la sede legale.

Per contattare il Titolare del trattamento è possibile scrivere all’indirizzo mail

.....
o telefonare al numero
.....

Responsabile della Protezione dei dati. Il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) è Siges S.r.l., con sede in Saronno (VA), via G. Ferrari 21, nella persona del Sig. Barin Roberto. Per contattare il Responsabile della Protezione dei dati è possibile scrivere all’indirizzo mail dpo1@sigesgroup.it o telefonare al numero 02967181.

Finalità e base giuridica. I dati verranno trattati per le seguenti finalità:

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	OBBLIGATORIETÀ CONFERIMENTO DATI
Esecuzione del servizio di cura e assistenza socio-sanitaria, come indicato nella <i>Carta dei servizi</i>	Contratto tra le parti (contratto di ingresso e eventuali ulteriori richieste) Assistenza o terapia sanitaria [...] (art. 9, comma 1, lett. h del Regolamento UE 2016/679) Tutela dell’interesse vitale dell’interessato (art. 9, comma 1, lett. c del Regolamento UE 2016/679) Interesse pubblico (art. 9, comma 2, lett. g del Regolamento UE 2016/679) consistente nelle attività amministrative e certificatorie correlate a quelle di assistenza o terapia sanitaria o sociale (art. 2	Obbligatorio sulla base del contratto

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	OBBLIGATORietà CONFERIMENTO DATI
	sexies, comma 2, lett. t del Codice Privacy).	
Adempimento di obblighi di legge, compresa la corretta tenuta del FASAS (Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario, come previsto dalla normativa Regionale)	Obbligo di legge gravante sul Titolare FASAS – (D.g.r. 30 maggio 2012 - n. IX/3540, Allegato B della Reg. Lombardia e successive norme a carattere regionale).	Obbligatorio per legge
Raccolta e invio dei dati sanitari raccolti durante la permanenza presso la struttura al sistema “Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)”, al fine di tracciare e consultare tutta la propria storia sanitaria e renderla accessibile ad altri professionisti della sanità. Il Sistema è gestito dalla Regione Lombardia ed è descritto nell’informativa “Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS – Informativa ex art. 76 D.Lgs. 196/2003” che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.	Consenso dell’interessato.	Il trattamento è facoltativo e l’eventuale mancato consenso non pregiudica in alcun modo il diritto dell’Interessato di ottenere l’accesso alle cure sanitarie.
Esposizione all’interno della struttura del nome dell’Ospite/Beneficiario della misura per finalità organizzative (ad esempio per individuare la stanza, la cassetta postale, eventuali beni in uso all’Ospite/Beneficiario della misura, ecc.) e/o per finalità educative-ricreative (come compleanni, lavori manuali, ecc.).	Consenso dell’Interessato	Facoltativo
Esposizione all’interno della struttura delle immagini dell’Ospite/ Beneficiario della misura per scopi educativo-ricreativi, fermo restando il rispetto della dignità della persona.	Consenso dell’Interessato	Facoltativo
Utilizzo delle immagini dell’Ospite/ Beneficiario della misura da parte dell’Ente per pubblicazioni volte ad illustrare le attività svolte presso la struttura (brochure, giornali locali), fermo restando il rispetto della dignità della persona.	Consenso dell’Interessato	Facoltativo
Comunicazione dei propri dati ad altri	Consenso dell’interessato, espresso	Facoltativo

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	OBBLIGATORietà CONFERIMENTO DATI
soggetti individuati dall'Interessato stesso (ad esclusione dei soggetti che abbiano la rappresentanza dell'Interessato, già legittimati)	attraverso l'indicazione dei nominativi e dei contatti dei soggetti da contattare	
Videosorveglianza all'interno della struttura al fine di garantire la sicurezza dei luoghi di lavoro, la tutela del patrimonio aziendale e prevenire ed ostacolare il compimento di atti criminosi. Per tale trattamento si rimanda all'apposita informativa disponibile presso il Titolare.	Interesse legittimo del Titolare in base al bilanciamento degli interessi. Il trattamento è stato autorizzato dall'Ispettorato Territoriale del Lavoro di Pavia - Prot. 546 del 22/01/2018.	Il conferimento dei dati avviene nel momento in cui si accede alla struttura.

Si ricorda che, nei casi in cui la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso, il consenso è facoltativo e che la mancanza del consenso non influisce sull'erogazione dei servizi da parte dell'Ente. Il consenso eventualmente prestato è revocabile in qualunque momento, senza pregiudizio per il trattamento già effettuato.

Modalità di trattamento. I dati dell'Ospite vengono trattati con modalità cartacee e/o elettroniche idonee a consentire l'accesso ai dati solamente al personale autorizzato, sulla base della mansione e dell'attività da compiersi.

Destinatari dei dati. I dati personali verranno gestiti dal personale dell'Ente e dai soggetti (collaboratori e aziende terze) che collaborano con l'Ente per l'erogazione dei vari servizi. I dati dell'Interessato potranno essere comunicati alla Regione Lombardia; all'ATS o alla ASST; ad Enti territoriali e ad altri soggetti destinatari di comunicazioni obbligatorie per legge. I dati dell'Interessato non saranno diffusi (salvo il caso di consenso prestato per la finalità di cui al numero 7) e non saranno trasferiti in Paesi extra UE.

Dati contenuti nel fascicolo socio-sanitario: secondo il massimario di scarto della Regione Lombardia (in analogia a quanto previsto per la cartella clinica);

Dati amministrativi, fiscali e contabili: secondo la norma di riferimento, in mancanza 10 anni ai sensi dell'art. 2220 c.c.

DIRITTI DELL'INTERESSATO.

Sussistendone i presupposti, in ogni momento potrà esercitare i Diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento 679/2016 (sotto riportati in forma sintetica), ferma restando la possibilità di adire l'Autorità giudiziaria o di proporre reclamo all'Autorità Garante, contattando il Titolare del Trattamento o il Responsabile della Protezione dei Dati ai dati di contatto sopra indicati.

- 1) *Diritto di accesso* (art. 15 GDPR). Diritto dell'Interessato ad ottenere dal Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati;
- 2) *Diritto di rettifica* (art. 16 GDPR). Diritto dell'interessato ad ottenere dal Titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano, senza ingiustificato ritardo. Se i dati forniti sono incompleti, possono essere integrati dall'Interessato tramite una dichiarazione integrativa;
- 3) *Diritto alla cancellazione (diritto all'oblio)* (art. 17 GDPR). L'Interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo. In questo caso sul Titolare graverà il conseguente obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo tali dati;
- 4) *Diritto alla limitazione di trattamento* (art. 18 GDPR). Diritto dell'Interessato di ottenere una limitazione del trattamento in talune ipotesi: l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali; il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati, chiedendone invece la limitazione; i dati personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in una sede giudiziaria; l'interessato si è opposto al trattamento, in attesa della verifica della prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- 5) *Obbligo di notifica* (art. 19 GDPR). Il Titolare del trattamento comunica a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma degli artt. 16; 17; 18;
- 6) *Diritto alla portabilità dei dati* (art. 20 GDPR). L'Interessato ha diritto di ricevere i dati personali che lo riguardano forniti al Titolare e ha il diritto di trasmettere tali dati ad altro titolare di trattamento senza impedimenti da parte del Titolare nei casi in cui: a) il trattamento si basi sul consenso ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera a), o dell'art.

9, paragrafo 2, lettera a), o su un contratto ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera b);
il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati;

7) Diritto all'opposizione (art. 21 GDPR). Diritto dell'Interessato di opporsi al trattamento dei suoi dati personali;

8) L'Interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione o che incida significativamente

9) sulla sua persona (art. 22 GDPR).

MODULO DA COMPILARE A CURA DELL'OSPITE/BENEFICIARIO DEL SERVIZIO

Il sottoscritto/a cognome.....

nome.....

nato/a.....il...../...../.....

residente a.....

prov.....cap.....

via.....n.....

in qualità di OSPITE/BENEFICIARIO o di:

GENITOR AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO TUTORE SOGGETTO ADDETTO ALLE D.A.T.

ACCOMPAGNATORE DI SOGGETTO INCAPACE DI FIRMARE PER IMPEDIMENTO

.....

dell'Ospite/Beneficiario del servizio:

cognome.....

nome.....

nato/ail...../...../.....

residente a.....

prov. cap

via.....

n°.....

DICHIARA di aver letto e compreso l'informativa di cui sopra e

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTE	alla raccolta e all'invio dei dati sanitari raccolti durante la permanenza presso la struttura al sistema "Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)"
<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTE	

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTE	ad esporre il proprio nome all'interno della struttura del nome per finalità organizzative e/o per finalità educative-ricreative
<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTE	

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTE	ad esporre all'interno della struttura le proprie immagini per scopi educativo-ricreativi
<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTE	

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTE	all'utilizzo delle proprie immagini da parte dell'Ente al fine di illustrare le attività svolte presso la struttura.
<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTE	

Cava Manara, il

Firma dell'Ospite o di chi ne fa le veci.....