 Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)	PROT	Rev. 0.1 del 30.08.2024	Pagina 1 di 5
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b> <b>(Allegato n. 1 della Carta dei Servizi)</b>		

All' **A.S.P. OPERA PIA ANTONIO GATTI**  
 Via Antonio Gatti, n. 5 - 62010 Montecosaro (MC)  
 Email: [info@operapiagatti.it](mailto:info@operapiagatti.it) - PEC: [aspgatti@pec.cheapnet.it](mailto:aspgatti@pec.cheapnet.it)

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### RICHIESTA DI INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE PER ANZIANI

Il/La/I sottoscritto/a/i,

#### DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO

Cognome:		Nome:	
Nato/a a:		Prov:	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato/a il	Cod.Fisc.:		
Residente in:			Prov:
in Via:		Telefono:	
Medico di base:		Codice esenzione:	
NOTE:			

#### DATI ANAGRAFICI DELL'EVENTUALE SOGGETTO COOBLIGATO SOLIDALE:


Cognome:		Nome:	
Nato/a a:		Prov:	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato/a il:	Cod.Fisc.:		
Residente in:			Prov:
in Via:		Telefono:	

in qualità di (*indicare la/le opzione/i interessate*):

- Familiare (*indicare parentela*): .....
- Amministratore di sostegno                       Tutore                       Curatore
- Fiduciario ex art. 4 Legge n. 219/2017

del Sig./Sig.ra .....

ai sensi della vigente **CARTA DEI SERVIZI** dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti di Montecosaro (disponibile presso il sito istituzionale dell'Ente all'indirizzo <https://www.operapiagatti.it/wp-content/uploads/2012/07/Carta-dei-Servizi-con-allegati.pdf> ), della quale dichiara/dichiarano di aver preso integrale visione e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni in essa contenute, consapevole/i delle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci

 <b>ASP OPERA PIA ANTONIO GATTI</b> AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)	PROT	Rev. 0.1 del 30.08.2024	Pagina 2 di 5
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b> <b>(Allegato n. 1 della Carta dei Servizi)</b>		

dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del T.U. approvato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria personale responsabilità,

### CHIEDE / CHIEDONO

il **ricovero** della sopra indicata persona presso la struttura residenziale per anziani A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti di Montecosaro (*indicare l'opzione interessata*):

- nel **Nucleo di Residenza Protetta per Anziani (RPA)** per persone NON autosufficienti;
- nel **Nucleo di Casa di Riposo (CR)** per persone autosufficienti;

per il seguente periodo (*indicare l'opzione interessata*):

- a tempo **INDETERMINATO**;
- Ricovero di SOLLIEVO** disposto dall'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata - Distretto Sanitario di Civitanova Marche (N.B.: di norma il ricovero di sollievo **dura 1 mese, e può essere eventualmente prorogato per un altro mese** mediante richiesta presentata al Distretto Sanitario di Civitanova Marche, il quale deve approvare la suddetta richiesta di proroga e comunicarla alla Struttura ospitante);
- a tempo DETERMINATO** dal ..... al ..... (N.B.: Di norma i ricoveri presso la struttura, diversi dal ricovero di sollievo, sono a tempo indeterminato. La Direzione dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti si riserva la facoltà di accogliere richieste di ricovero a tempo determinato solo in casi eccezionali e solo in presenza di temporanea presenza di un posto letto disponibile).

### PERSONE/FAMILIARI DI RIFERIMENTO <sup>1</sup>

COGNOME e NOME	INDIRIZZO (città, via e n.)	TELEFONO	MAIL	GRADO DI PARENTELA

<sup>1</sup> **Familiare di riferimento:** è il soggetto con cui l'ASP Opera Pia Antonio Gatti è autorizzata, anche ai sensi e per gli effetti della vigente normativa legale a tutela della privacy, a interloquire riguardo tutto ciò che possa risultare di interesse dell'Ospite stesso, con particolare riguardo agli aspetti concernenti la sua salute, il suo benessere e la sua permanenza in struttura. Il Familiare di riferimento non deve per forza essere un parente dell'Ospite e può anche coincidere con un terzo obbligato e/o con l'ATS/Tutore/Curatore.

 Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)	PROT	Rev. 0.1 del 30.08.2024	Pagina 3 di 5
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b> <b>(Allegato n. 1 della Carta dei Servizi)</b>		

**INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO**

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE		
STATO CIVILE	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a	<input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Convivente
FIGLI:	<input type="checkbox"/> N. maschi: _____	<input type="checkbox"/> N. femmine: _____
TITOLO DI STUDIO:	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Non scolarizzato <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Licenza media superiore <input type="checkbox"/> Diploma universitario <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Altro _____
ULTIMA ATTIVITÀ SVOLTA	<input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Artigiano <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Commerciante	<input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Libero professionista
SITUAZIONE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:	<input type="checkbox"/> Abitazione <input type="checkbox"/> Struttura protetta socio-sanitaria <input type="checkbox"/> Struttura sociale	<input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera <input type="checkbox"/> Struttura di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altro _____
CONDIZIONE ABITATIVA CON CHI VIVE:	<input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Coniuge/partner stabili <input type="checkbox"/> Con il coniuge ed altri <input type="checkbox"/> Con un figlio, ma non con il coniuge	<input type="checkbox"/> Con un genitore o tutore legale <input type="checkbox"/> Con fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> Con altri parenti <input type="checkbox"/> Con altre persone, non familiari
MOTIVI DELLA RICHIESTA:	<input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso degenerativo) <input type="checkbox"/> Stabilizzazione stato clinico (post acuzie) <input type="checkbox"/> Insufficienza del supporto familiare	<input type="checkbox"/> Solitudine <input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo <input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale
HOBBIES E INTERESSI:		

SITUAZIONE ECONOMICA-PENSIONISTICA		
INVALIDITÀ:	<input type="checkbox"/> SI _____ % <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pratica in corso <input type="checkbox"/> Soggetta a revisione <input type="checkbox"/> Non soggetta a revisione
INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pratica in corso <input type="checkbox"/> Soggetta a revisione <input type="checkbox"/> Non soggetta a revisione
RICONOSCIMENTO L.104/92	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pratica in corso <input type="checkbox"/> Soggetta a revisione <input type="checkbox"/> Non soggetta a revisione

**TUTELA DELLA CAPACITÀ GIURIDICA DELL'INTERESSATO**

Indicare se l'interessato ha limitazioni della capacità di agire e di compiere atti giuridici. Allegare copia del decreto/atto.

<input type="checkbox"/> Nessuna tutela	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Tutore/Curatore
<input type="checkbox"/> Procura Generale	<input type="checkbox"/> Pratica in corso per ____	<input type="checkbox"/> Altro _____

 Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)	PROT	Rev. 0.1 del 30.08.2024	Pagina 4 di 5
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b> <b>(Allegato n. 1 della Carta dei Servizi)</b>		

SITUAZIONE ECONOMICA-PENSIONISTICA		
PENSIONI PERCEPITE:	<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Pensione di anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Pensione sociale <input type="checkbox"/> Pensione di reversibilità <input type="checkbox"/> Invalidità sociale (se minore di 65 anni) <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> 13^ Mensilità	Importo Netto Mensile _____ _____ _____ _____ _____ _____
PAGAMENTO RETTA DI RICOVERO:	<input type="checkbox"/> La persona da ricoverare è in grado di far fronte autonomamente al pagamento della retta <input type="checkbox"/> Compartecipazione del Comune di residenza (allegare <b>Determinazione dirigenziale da parte del Comune di Residenza</b> del beneficiario, in cui viene disposta, mediante impegno di spesa, l'erogazione dell'integrazione della retta parziale o totale) <input type="checkbox"/> In corso di richiesta compartecipazione del Comune di residenza <input type="checkbox"/> Compartecipazione dei parenti	


**DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- Scheda conoscitiva delle condizioni psico/fisiche (Allegato "A"), compilata e sottoscritta dal Medico curante;
- Consenso per il trattamento dei dati personali (Allegato "B"), ai sensi dell'art.13 Reg. UE 2016/679;
- Fotocopia carta identità dell'interessato al ricovero e dei firmatari della domanda;
- Fotocopia codice fiscale dell'interessato al ricovero e dei firmatari della domanda;
- Fotocopia tesserino sanitario ed eventuale foglio dove è indicato il tipo di esenzione ticket;
- Fotocopia dell'eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile;
- Fotocopia dell'eventuale decreto di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore.

Il/i sottoscritto/i si impegna/impegnano al pagamento della retta mensile di ospitalità/ricovero presso la struttura pubblica per tutto il periodo di permanenza nella struttura.

Il/i sottoscritto/i ed il/i coobbligato/i solidale/i dichiarano inoltre:

- di aver preso atto delle responsabilità civili dovute al mancato pagamento, parziale e/o totale, della retta mensile;
- di aver preso visione della Carta dei Servizi dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti, disponibile sul sito istituzionale dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti all'indirizzo <https://www.operapiagatti.it/wp-content/uploads/2012/07/Carta-dei-Servizi-con-allegati.pdf> , di conoscere ed accettare il suo contenuto ed eventuali variazioni successive deliberate dal Consiglio di Amministrazione;
- di aver preso visione dell' "Informativa sul trattamento dei dati personali", disponibile sul sito istituzionale dell'Azienda all'indirizzo <https://www.operapiagatti.it/privacy/> ;

 Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)	PROT	Rev. 0.1 del 30.08.2024	Pagina 5 di 5
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b> <b>(Allegato n. 1 della Carta dei Servizi)</b>		

- che essere consapevoli che l'attività e l'assistenza medica prestata all'interno dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti è erogata dai Medici di Medicina Generale non dipendenti dall'Azienda e senza vincoli di subordinazione dallo stesso.

La presente domanda di ammissione è parte integrante della **Carta dei Servizi** dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti, disponibile sul sito istituzionale dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti all'indirizzo <https://www.operapiagatti.it/wp-content/uploads/2012/07/Carta-dei-Servizi-con-allegati.pdf> .

Costituiscono, invece, parte integrante e sostanziale della presente domanda di ammissione i seguenti documenti:

- **Scheda conoscitiva delle condizioni psico-fisiche, allegato "A"** alla presente domanda di ammissione;;
- **Consenso al trattamento dei dati personali, allegato "B"** alla presente domanda di ammissione;
- **Informativa sul trattamento dei dati personali**, disponibile sul sito istituzionale dell'Azienda all'indirizzo <https://www.operapiagatti.it/privacy/> .

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Firma dell'interessato \*

\_\_\_\_\_

\* Nel caso in cui l'interessato NON sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione e non ci sia alcuna forma di tutela della capacità giuridica, il/i familiare/i di riferimento si impegnano a presentare richiesta di nomina dell'Amministratore di Sostegno al Giudice Tutelare, secondo le direttive della Legge n. 6/2004.

**Il/i coobbligato/i solidale/i**

Nome e Cognome (in stampatello)	Ruolo: Familiare (indicare parentela), Amministratore di Sostegno / Tutore / Curatore	Firma



**SCHEDA CONOSCITIVA DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE  
(Allegato "A" alla domanda di ammissione)**

**SCHEDA CONOSCITIVA DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE**

**SCHEDA descrittiva dell'AUTOSUFFICIENZA**

(da compilarsi a cura del Medico di base)

**OSPITE**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Invalidità Civile \_\_\_\_\_

**MOBILITA'**

Cammina autonomamente  SI  NO

Scende e sale le scale autonomamente  SI  NO

Cammina con l'aiuto di terzi  SI  NO

Cammina con l'aiuto del deambulatore  SI  NO

Cammina con l'aiuto di bastone (tripode o canadesi)  SI  NO

Si sposta con la carrozzina  SI  NO

Entra ed esce dal letto, come pure si siede  
e si alza dalla sedia solo con assistenza  SI  NO

Totalmente dipendente (allettato, letto-poltrona)  SI  NO

**GRADO DI AUTONOMIA**

Si veste da solo  SI  NO  supervisione

Si lava da solo  SI  NO  supervisione

E' in grado di fare il bagno da solo  SI  NO  supervisione

Mangia da solo  SI  NO  supervisione

Utilizza da solo i servizi igienici  SI  NO  supervisione

**STATO COGNITIVO (memoria, orientamento, attenzione) e del COMPORTAMENTO**

Adeguate all'età  SI  NO

Demenza iniziale (16-30 MMSE)  SI  NO

Demenza grave (0-16 MMSE)  SI  NO

Gravi disturbi del comportamento  SI  NO

Disturbi del ritmo sonno veglia  SI  NO

**SCHEDA CONOSCITIVA DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE  
(Allegato "A" alla domanda di ammissione)**

**ASPETTI SENSORIALI E DI COMUNICAZIONE**

**Capacità visiva** (anche con occhiali; far leggere al paziente il titolo di un giornale)

Lettura rapida senza errori

Lettura lenta senza errori

Non riesce a leggere

Precisare se è affetto da cecità  SI  NO

**Capacità uditiva**

Sente a voce normale

Sente a voce alta

Non sente affatto

**Capacità di comunicare e comprendere** (verbale o no)

buona

media (presenta difficoltà)

non è in grado

**CONTINENZA SFINTERI**

Incontinenza vescicale  SI  NO

Incontinenza doppia  SI  NO

E' portatore di catetere vescicale  SI  NO

**PORTATORE DI STOMIE**  SI  NO

Specificare (PEG, sondino, drenaggi, urostomie, tracheotomie, colonstomie ..)

**ASSISTENZA SANITARIA**

Assume autonomamente i farmaci  SI  NO  DA TERZI

Necessità di diete particolari  SI  NO

Se si, specificare.....

Terapia iniettiva  SI  NO

Se si, specificare .....



**SCHEDA CONOSCITIVA DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE  
(Allegato "A" alla domanda di ammissione)**

**DIAGNOSI E PROBLEMI SANITARI ATTIVI**

.....

.....

.....

.....

.....

**LISTA DEI PROBLEMI PER PRIORITÀ'**

.....

.....

.....

**INTOLLERANZE ED ALLERGIE**

.....

.....

**TERAPIE**

.....

.....

.....

<b>CONDIZIONI GENERALI</b>	<input type="checkbox"/> buone	<input type="checkbox"/> mediocri	<input type="checkbox"/> gravi
<b>AUTOSUFFICIENTE</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>NON AUTOSUFFICIENTE</b>	<input type="checkbox"/>		

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

TIMBRO E FIRMA MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_



 Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)	PROT	Rev. 0.1 del 30.08.2024	Pagina 1 di 3
	<b>MODULO DI CONSENSO INFORMATO          PER TRATTAMENTI SANITARI</b> <b>(Allegato "B" alla domanda di ammissione)</b>		937-34-03-MOD


### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

<b>Quadro A – Dichiarazione resa dal Ospite, se capace ed in grado di esprimere compiutamente la propria volontà</b>
Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ codice fiscale _____ residente in _____ in Via _____ <b>in qualità di Ospite della struttura A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti di Montecosaro (MC),</b>

<b>e/o Quadro B – Dichiarazione resa dal familiare/tutore/amministratore di sostegno/ fiduciario, per l'Ospite non in grado di esprimere compiutamente la propria volontà</b>
Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ codice fiscale _____ residente in _____ in Via _____, in qualità di: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>tutore<sup>1</sup> ;</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>amministratore di sostegno<sup>2</sup> ;</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>curatore;</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>fiduciario ex art. 4 Legge n. 219/2017 ;</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Terzo firmatario del contratto di ospitalità;</b></li> </ul> del/della Sig./Sig.ra _____, Ospite della struttura A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti di Montecosaro (MC)

<sup>1</sup> "Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità" Art. 3, comma 3, Legge n. 219/2017.

<sup>2</sup> "... Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere" Art. 3, comma 4, Legge n. 219/2017.

 <b>ASP OPERA PIA ANTONIO GATTI</b> AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA Via Antonio Gatti, n. 5 62010 Montecosaro (MC)	<b>PROT</b>	<b>Rev. 0.1 del 30.08.2024</b>	Pagina 2 di 3
	<b>MODULO DI CONSENSO INFORMATO          PER TRATTAMENTI SANITARI          (Allegato "B" alla domanda di ammissione)</b>		<b>937-34-03-MOD</b>

### **DICHIARA:**

- di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali descritte in dettaglio nella Informativa, ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, nell'ambito delle prestazioni e dei servizi resi dall'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti ("informativa privacy" disponibile sul sito internet istituzionale dell'Azienda [www.operapiagatti.it](http://www.operapiagatti.it) nell'apposita sezione "Privacy";
- di comprendere e accettare esplicitamente che se revocherò il mio consenso trattamento dei dati personali, non verranno raccolti altri dati personali su di me;
- di comprendere e accettare esplicitamente che anche dopo la revoca del mio consenso, il Promotore sarà ancora autorizzato a conservare e trattare i miei dati personali pseudonimizzati raccolti prima della mia revoca esclusivamente;
- di comprendere e accettare esplicitamente che per domande riguardanti la riservatezza dei dati di questo studio posso contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO "Data Protection Officer") alla ditta ISDIF srl – Via Gramsci, 35 – 62100 Macerata (MC), la quale è contattabile all'indirizzo di posta elettronica [info@isdif.it](mailto:info@isdif.it) ;

acquisite e comprese le informazioni fornite dal Titolare del trattamento e informato/a sui diritti di agli artt. 15-22 del Regolamento UE 2016/679 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche dati di tipo particolare (o "sensibili") dell'utente del servizio, nonché dati derivanti da videosorveglianza, per le finalità di:

#### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO NOME E COGNOME (consenso obbligatorio)**

**Accenso**
 **Non accenso**

all'utilizzo del nome e cognome per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati agli Ospiti (porta, letto, armadio, suppellettili, ecc...) che risulteranno o potranno risultare pertanto visibili a terzi Ospiti e visitatori.

#### **EROGAZIONE DEI SERVIZI DI OSPITALITA' (consenso facoltativo)**

**Accenso**
 **Non accenso**

al trattamento dei dati personali identificativi e particolari (o "sensibili") riferito ai dati dell'Ospite del servizio ed ai dati identificativi del familiare, referente e/o tutore legale coobbligato solidale.

#### **IMMAGINI, FOTOGRAFIE E RIPRESE AUDIO-VIDEO (consenso facoltativo)**

- all'uso interno di fotografie e riprese video:
 
 **Accenso**     **Non accenso**
- alla diffusione, tramite pubblicazioni cartacee o web:
 
 **Accenso**     **Non accenso**

#### **INVIO DI COMUNICAZIONI PROMOZIONALI (consenso facoltativo)**

- all'invio di comunicazioni promozionali a mezzo email, servizi di messaggistica, posta postale:
 
 **Accenso**     **Non accenso**

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO  
PER TRATTAMENTI SANITARI  
(Allegato "B" alla domanda di ammissione)**

937-34-03-MOD

- all'invio da parte di terzi di comunicazioni promozionali a mezzo email, servizi di messaggistica, posta postale:  Accenso  Non accenso

**ALTRE FINALITÀ' (consenso facoltativo)**

- alle attività di promozione della ricerca scientifica con utilizzo di dati anche di carattere particolare:  Accenso  Non accenso
- alle attività di customer satisfaction  Accenso  Non accenso

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Firma del tutore/amministratore di sostegno/fiduciario  
in qualità di rappresentante legale dell'Ospite

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Firma del Terzo firmatario del contratto di ospitalità