

MODULO RICHIESTA PERMESSO PER LA PERMANENZA NELLE STRUTTURE I.S.S. AL DI FUORI DELL'ORARIO DI VISITA PER ASSISTENZA NON SANITARIA

Allegato B del Regolamento APINS I.S.S. (Delibera CE ISS n. 24 del 09/10/2019)

Il/la Sottoscritto/a richiedente _____

Cod. I.S.S. _____ intende avvalersi di assistenza privata non sanitaria per l'**assistito** (se diverso dal/la richiedente): _____

Cod. I.S.S. _____ dal giorno _____ al giorno _____ o per tutta la durata del ricovero, presso l'U.O., _____

chiede al Coordinatore, o a delegato da quest'ultimo, di permettere la presenza al di fuori dagli orari di visita.

In data _____ si rilascia il permesso

Il Coordinatore Infermieristico della U.O. _____

Il/la richiedente **dichiara** che l'assistenza sarà prestata da:

Cognome _____ Nome _____

Cod. I.S.S. _____ Documento Identità _____

Recapito telefonico _____

in qualità di:

- 1 Familiare o appartenente alla cerchia affettiva 2 Assistente privato presso il domicilio
 3 Appartenente ad Associazione di volontariato 4 Lavoratore occasionale
 5 Assistente con COE o inviato da Operatore Economico; _____

IL RICHIEDENTE E CHI PRESTA ASSISTENZA DICHIARANO DI ESSERE A CONOSCENZA DEL REGOLAMENTO APINS DELL'ISS, APPROVATO CON DELIBERA CE N°06 DEL 19/08/2019, E DELLA LA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA (DECRETO DELEGATO N°21/2016 E S.M.I.) E SI ASSUMONO OGNI RESPONSABILITÀ DERIVANTE DAL MANCATO RISPETTO DEGLI STESSI.

I SOGGETTI DI CUI SOPRA ACCONSENTONO AI SENSI AI SENSI DELL'ART. 13 DELLA LEGGE 171/2018 ED IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI DI CUI L'ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE ENTRERÀ IN POSSESSO, AL FINE DI ATTUARE QUANTO RICHIESTO CON IL PRESENTE MODULO, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SECONDO LE MODALITÀ E NEI LIMITI DI CUI ALL'INFORMATIVA DISPONIBILE SUL SITO WEB DELL'ISS WWW.ISS.SM O PRESSO L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP).

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Firma
del Richiedente

Firma
di chi presta assistenza