



Unité des Communes  
valdôtaines  
**Mont - Émilium**

## **SOGGIORNO MARINO INVERNALE**

**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 marino per anziani  
organizzato dall'Unité des Communes valdôtaines Mont-Émilium, presso l'hotel  
Garibaldi (SV), dal **28 gennaio 2024 al 18 febbraio 2024.**

## A TAL FINE DICHIARA

- che provvederà al versamento della quota di partecipazione prima della partenza, su richiesta degli uffici dell'Unité;
- di autorizzare l'Unité all'invio delle comunicazioni tramite e-mail;
- (eventuale) di voler condividere la camera doppia con il/la/i/le sig./ra/ri/re :

\_\_\_\_\_;

- di volere (se disponibile) la camera singola, al costo aggiuntivo complessivo, per l'intero periodo, di **Euro 525,00**;
- di allegare la scheda sanitaria, debitamente compilata e sottoscritta dal medico curante.

Si allega alla domanda quanto segue:

- (eventuale) copia del modello ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) del proprio nucleo familiare (per coloro che intendessero pagare l'intero costo del servizio NON sarà necessaria la presentazione dell'I.S.E.E).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara, infine, di essere consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 per l'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni non rispondenti al vero in relazione a quanto sopra eventualmente autocertificato. L'Amministrazione si riserva il diritto di effettuare un controllo a campione sulle domande pervenute per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

### CALCOLO DELLA QUOTA A CARICO (riservata agli uffici dell'Unité Mont-Émilus)

ISEE	Euro
Importo quota	Euro

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14 DEL GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)  
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 Garibaldi di Finale Ligure (SV).

Si informa che, tenuto conto delle finalità del trattamento come sopra illustrate, il conferimento dei dati è **obbligatorio** ed 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	<a href="https://www.cm-montemilius.vda.it/">https://www.cm-montemilius.vda.it/</a>
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)	<a href="https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2016.119.01.0001.01.ITA">https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2016.119.01.0001.01.ITA</a>
Garante europeo della protezione dei dati (GEPD)	<a href="https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/edps_it">https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/edps_it</a>
Garante italiano per la protezione dei dati personali	<a href="http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home">http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home</a>

## IL TITOLARE

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

ausilio strumentale

con persona

costretto su sedia

a letto

fa le scale

si

no

é in grado di usare la toilette da solo

si

no

## Allergie note

no  si

## Portatore di altre protesi

no  si

## Terapia anticoagulante

no  si

## Portatore di pacemaker

no  si

## Stato nutrizionale

normale

eccessivo

carente

peso \_\_\_\_\_

altezza \_\_\_\_\_

## Difficoltà di masticazione

no  si

adentulia

con protesi

## Mangia da solo

no  si

## Alcool

no

moderato

elevato

Dieta eventuale \_\_\_\_\_

## Vista deficit

no

si

corretto

non corretto

glaucoma

altro

## Udito deficit

no

si

corretto

non corretto

lieve

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 \_\_\_\_\_