

CONTRATTO D'INGRESSO

TRA

Il CENTRO DIURNO INTEGRATO "SIMONE DE BEAUVOIR" (CDI SDB) sito in via Bicetti de Buttinoni 15, 20156 Milano, gestito da EQUA Cooperativa Sociale iscritta nel registro imprese della camera commercio di Milano al n° 12481880156 con sede legale in via Bicetti de Buttinoni 15, 20156 Milano, nella persona del COORDINATORE del servizio: Marta Marazzi

E

il Sig./sig.ra

C.F.

Nato/a a () il

Residente a in via

Di seguito per brevità indicato come Ospite

E/O

il Sig./sig.ra

C.F.

Nato/a a () il

Residente a in via

N tel.

e-mail

In qualità di garante referente, grado di parentela dell'ospite

Si conviene e si stipula quanto segue:

1. A seguito dell'accettazione della domanda di inserimento presentata unitamente alla documentazione clinica, con il presente atto il **garante referente** chiede in nome e per conto dell'Ospite, l'ingresso presso il CDI. EQUA dichiara la disponibilità a prendere in carico l'Ospite e a erogare prestazioni appropriate attuando i seguenti interventi:
 - orientamento informativo e supporto alla famiglia
 - mantenimento o recupero delle capacità basilari per le attività quotidiane
 - attività di stimolazione fisica e mentale e interventi riabilitativi a prevalente indirizzo occupazionale
 - stimolazione al mantenimento e alla creazione di relazioni sociali
 - cura e igiene della persona, bagno assistito, mobilitazione, assistenza nei bisogni primari
 - idratazione, pranzo e merenda
 - monitoraggio e consulenza del medico neurologo
 - assistenza infermieristica (somministrazione delle terapie, monitoraggio parametri, medicazioni)
 - fisioterapia motoria riabilitativa e di mantenimento
 - stimolazione cognitiva
 - attività di tipo occupazionale.

EQUA Cooperativa Sociale si è dotata di un codice etico di riferimento ispirato al principio della mutualità (reciproco aiuto) e della solidarietà sia interna, tra i soci, che esterna, rivolta alle persone assistite e alle loro famiglie.

La funzione di partecipazione è garantita innanzitutto dal costante coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari nella stesura e nell'attuazione del piano di intervento individuale, attraverso un continuo monitoraggio del bisogno assistenziale in relazione all'evolversi di necessità soggettive e familiari. L' équipe socio sanitaria del Centro infatti stende all'ingresso il **PAI** (Piano di Assistenza Individuale) dell'ospite, nel quale vengono specificati i bisogni assistenziali, sanitari, sociali e riabilitativi della persona e i relativi obiettivi di intervento e in seguito aggiornato come da normativa prevista; una volta stilato lo si condivide con i familiari.

2. L'Ospite e/o il garante referente si obbligano al pagamento della retta entro 10 giorni dalla data di ricevimento della fattura.
3. L'Ospite e/o il garante referente si impegnano altresì:
 - al pagamento entro 7 giorni dalla firma del presente contratto della somma di Euro 300,00 a titolo di deposito cauzionale, che sarà rimborsato, previa verifica degli adempimenti contrattuali, entro 30 giorni dal pagamento dell'ultima fattura.

Il deposito cauzionale deve essere versato tramite bonifico bancario intestato a:

EQUA COOPERATIVA SOCIALE
Iban: **IT58 Z0503401636000000036260**
Causale: deposito cauzionale Cognome Nome dell'Ospite

- a sottoscrivere il Patto di Corresponsabilità circa le misure organizzative, igienico sanitarie e i comportamenti individuali volti al contenimento della diffusione del contagio da Covid 19 in allegato.
 - a prendere visione dell'allegato relativo a "monitoraggio sanitario"
 - al rispetto del presente contratto.
4. L'Ospite e/o il garante prendono atto che EQUA Cooperativa Sociale si riserva la possibilità di modificare le tariffe (retta giornaliera e/o trasporti), con preavviso scritto di 30 giorni, sulla base dell'aumento dell'indice ISTAT, dei maggiori oneri derivanti dagli aumenti contrattuali del personale, dei maggiori oneri derivanti dagli adeguamenti a normative nazionali e regionali. A fronte di tale richiesta, nei 15 giorni successivi dalla data della comunicazione, l'ospite e/o il garante referente hanno la possibilità di recedere dal presente contratto.
 5. **La retta giornaliera di frequenza è pari a Euro per n° giorni settimanali, a partire dal giorno 00 mese 2022 e nelle giornate:** **LUN MAR MERC GIOV VEN**

La retta include:

- visita medica di ingresso
- assistenza alla persona
- piccola colazione, pranzo completo
- merenda
- bagno assistito su richiesta una volta alla settimana
- barbiere su richiesta una volta alla settimana
- interventi riabilitativi motori e cognitivi individuali e/o di gruppo
- interventi educativi e di tipo occupazionale
- attività di animazione e socializzazione, attività ricreative

Resta escluso dalla retta:

- il servizio di trasporto da e per la struttura
- la fornitura dei medicinali previsti dalla terapia
- materiale sanitario per eventuali piccole medicazioni
- i presidi d'assorbimento

Il costo del servizio di accompagnamento da/per il CDI è pari a Euro 0,00€ a tratta, in base alla distanza oggettiva dal CDI.

Le variazioni dei suddetti costi saranno comunicate per iscritto ai sensi del successivo art.12.

6. Disciplina delle assenze:

- assenze per visite mediche (con referto inviato alla struttura) non vengono conteggiate (si chiede, a meno di visite effettuate in situazioni di emergenza, di avvisare il case manager ENTRO IL GIOVEDÌ DELLA SETTIMANA PRECEDENTE la visita, in modo tale da organizzare al meglio la gestione dei pasti, dei trasporti, delle presenze dei professionisti); possono essere recuperate nell'arco del mese.
- Le assenze nei giorni festivi o richieste di assenza "una tantum" vanno programmate almeno con una settimana di anticipo, comunicate al case manager ENTRO IL GIOVEDÌ DELLA SETTIMANA PRECEDENTE. In questo caso l'assenza è gratuita perché consente alla struttura di organizzarsi. Viceversa viene richiesto il pagamento della giornata completa prevista da contratto.
- In caso di assenze per malattia con certificato del medico di medicina generale il costo previsto è pari a Euro 20,00 per copertura costi fissi; in caso di ricovero ospedaliero o ricovero riabilitativo temporaneo l'assenza è gratuita. Per le altre tipologie di assenze si paga la quota giornaliera prevista da contratto.
- Assenze prolungate per ferie (massimo una volta all'anno): sono riconosciuti 20 giorni di assenza senza nulla di dovuto, dal 21esimo giorno fino al 30esimo giorno in caso di assenza si prevede la retta giornaliera completa per il mantenimento del posto, oltre il 30esimo il CDI procede con le dimissioni amministrative garantendo la possibilità di un rientro immediato o, in caso di lista di attesa, come primo ove le condizioni cliniche e assistenziali generali siano valutate invariate o idonee alla frequenza.

A fronte del pagamento della retta e dell'eventuale servizio di trasporto, EQUA si impegna, ai sensi della normativa vigente:

- alla stipula e al mantenimento dell'assicurazione per la responsabilità civile conforme alla normativa vigente nazionale e regionale
 - al rispetto del Regolamento Europeo in materia di privacy n 679/2016 (GDPR).
 - alla predisposizione e aggiornamento della documentazione sanitaria e socio sanitaria
 - alla diffusione della carta dei servizi.
 - a rilasciare la certificazione della retta ai fini fiscali entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi
 - a far rispettare i protocolli assistenziali
 - ad applicare il Piano organizzativo e gestionale anticontagio da COVID 19 consultabile presso la sede del CDI.
 - a tutelare i diritti dell'ospite come da carta dei servizi (partecipazione e tutela)
7. Il pagamento della retta e dell'eventuale servizio di trasporto può essere effettuato con bonifico bancario, assegno o pos (bancomat o carta di credito). Ai fini della deducibilità delle fatture emesse in sede di dichiarazione dei redditi e per una sicurezza della tracciabilità dei pagamenti, non è consentito il pagamento delle fatture in contanti.
8. Il mancato pagamento di due fatture consecutive darà luogo alla sospensione del servizio fino al saldo della prima e accordo sulla data di pagamento della seconda, da definire con gli uffici Amministrativi della Cooperativa. Tale sospensione è consentita per un massimo di 15 giorni da calendario allo scadere dei quali si procederà alla dimissione dal servizio, fatto salvo il diritto dell'Ente di trattenere il deposito cauzionale a soddisfazione totale o parziale di eventuali suoi crediti nei confronti dell'Ospite ed eventualmente agire presso le sedi competenti per il recupero dei crediti stessi.
9. Qualora l'Ospite e/o il garante referente intendano recedere dal presente contratto, dovranno dare preavviso all'Ente con comunicazione scritta almeno 15 giorni prima della data determinata. Il mancato rispetto del termine di preavviso comporta il pagamento dei giorni di frequenza previsti. In caso di decesso

- resta fermo l'obbligo da parte del garante referente di corrispondere le eventuali rette arretrate e maturate fino alla data di dimissione, corrispondente alla data di decesso.
10. Equa ha la facoltà di recedere dal contratto qualora le condizioni di salute divenissero incompatibili con il tipo di assistenza fornita dal Centro (instabilità clinica, necessità di assistenza totale relativamente a tutte le funzioni di base dell'ospite: alimentazione, idratazione, movimentazione, igiene personale). Il Centro Diurno Integrato potrà ricorrere alle dimissioni anche qualora il disturbo comportamentale fosse tale da inficiare le cure assistenziali o mettesse a rischio la convivenza nella struttura e/o la sicurezza degli ospiti. Il Centro Diurno si impegna a garantire, oltre ad una comunicazione tempestiva ai familiari, con un preavviso di almeno 30 giorni, salvo comprovate urgenze, un periodo di "accompagnamento alle dimissioni" dell'utente in attesa che la famiglia trovi una soluzione assistenziale adeguata.
 11. Il Centro Diurno non si assume alcune responsabilità circa lo smarrimento o rottura di oggetti personali quali occhiali, apparecchi acustici, protesi dentali, denaro, ausili per il cammino, abbigliamento, chiavi di casa, telefoni cellulari, documenti personali.
 12. Eventuali modifiche al presente contratto hanno efficacia solo ove apportate per iscritto e sottoscritte da entrambi le parti.
 13. EQUA Cooperativa Sociale è titolare del trattamento dei dati per gli Ospiti del servizio CDI SDB. In allegato al presente contratto l'informativa e il consenso al trattamento dati personali nel rispetto del regolamento europeo n 679/2016 (GDPR).
 14. Le parti si danno espressamente atto che la durata del contratto dipende strettamente dalle condizioni psico-fisiche dell'ospite, sulla base delle opportune valutazioni di carattere medico assistenziale in linea con i bisogni e le necessità dell'Ospite. Le parti inoltre si danno espressamente atto che il presente contratto non ha una durata prestabilita e non può essere ceduto dalle parti salvo che con il consenso scritto delle stesse parti.
 15. in caso di controversie sul contenuto, sull'esecuzione e sull'eventuale risoluzione del presente contratto, ivi compresi i rapporti di natura economica, è competente il Foro di Milano.

Letto, confermato, sottoscritto in duplice originale

Luogo _____ Data _____

L'Ospite e/o il garante referente

Per Equa, il coordinatore del servizio

IN ALLEGATO:

Monitoraggio sanitario

Patto di corresponsabilità

Autorizzazione tampone rapido

Informativa privacy

Tabella rette

Carta dei servizi e relativi allegati

Allegato al contratto

OGGETTO: Monitoraggio sanitario dell'ospite

Gent.mo Caregiver,

Con la presente desidero richiamare la Sua attenzione sull'importanza che riveste, ai fini della salute e del benessere del Vostro familiare, una costante e precisa comunicazione al personale sanitario del Centro della terapia farmacologica assunta a domicilio e di ogni eventuale modifica di dosaggio e/o di farmaco.

Per qualsiasi variazione della terapia farmacologica, Le chiedo di farci pervenire copia della prescrizione medica, unita alla confezione integra del farmaco prescritto nel caso in cui l'ospite debba assumerlo durante la propria frequenza al Centro.

Colgo inoltre l'occasione per ricordarLe di inviare costantemente al Centro anche copia dei referti di visite specialistiche, oltre alle lettere di dimissioni per eventuali ricoveri in day-hospital, in strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Nel ringraziarLa della preziosa collaborazione e rimanendo a disposizione per ogni eventuale chiarimento nel merito, colgo l'occasione per porgerLe cordiali saluti.

Il Medico Responsabile del CDI
(dott.sa Elisabetta Farina)

Allegato al contratto

PATTO TRA L'ENTE GESTORE E L'OSPITE E/O LA FAMIGLIA

Centro Diurno Integrato Simone De Beauvoir

circa le misure organizzative, igienico-sanitarie e ai comportamenti individuali volti al contenimento della diffusione del contagio da Covid-19

La sottoscritta MARTA MARAZZI coordinatrice del Centro Diurno Integrato Simone De Beauvoir con sede a MILANO, in via Bicetti De' Buttinoni 15.

e il/la signor/a _____, in qualità di ospite o familiare di _____, nato/a a _____ (____), residente in via _____ e domiciliato in _____ via _____,

Sottoscrivono il seguente patto per la frequenza. In particolare, l'ospite (o familiare) dichiara:

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che l'interessato, o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID-19;
- di impegnarsi a rimanere presso il proprio domicilio in presenza di febbre superiore a 37,5° o di altri sintomi (es. tosse, raffreddore, congiuntivite) e di informare tempestivamente il Medico di base e il Coordinatore del Centro della comparsa dei sintomi o febbre;
- di essere consapevole ed accettare di essere sottoposto a misurazione della febbre con termometro senza contatto prima dell'accesso al Centro e che, in caso di febbre superiore ai 37,5° o di presenza delle altre sintomatologie sopra citate, non potrà essere ammesso al Centro;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre superiore a 37,5° o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'Ente Gestore provvede all'isolamento immediato dell'ospite e ad informare immediatamente l'Agenzia di Tutela della Salute nonché i familiari;
- di essere consapevole che l'interessato dovrà rispettare le indicazioni igienico sanitarie all'interno del Centro nonché le altre regole finalizzate alla prevenzione del contagio da Covid-19;
- di essere stato adeguatamente informato dal personale del Centro di tutte le disposizioni organizzative e igienico sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da Covid-19 ed in particolare:
 - delle disposizioni per gli accessi e l'uscita dal Centro;
 - di non poter accedere, se non per situazioni di comprovata emergenza, all'area del Centro, durante lo svolgimento delle attività ed in presenza degli altri ospiti;
- di essere consapevole che nello svolgimento della procedura di triage è tenuto a informare l'operatore all'ingresso sullo stato di salute corrente del familiare, in particolare dichiarando se ha avuto sintomi quali febbre, difficoltà, respiratorio o congiuntivite.

In particolare, il gestore dichiara:

- di aver fornito puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da Covid-19 e di impegnarsi, durante il periodo di frequenza al Centro, a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- che per la realizzazione del Centro si avvale di personale adeguatamente formato sulle procedure igienico sanitarie di contrasto alla diffusione del contagio. Il personale stesso si impegna ad osservare scrupolosamente ogni prescrizione igienico sanitaria e a recarsi al lavoro solo in assenza di ogni sintomatologia riferibile al Covid-19;
- di impegnarsi a realizzare le procedure di triage all'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico sanitarie previste dalla normativa vigente, tra cui le disposizioni circa il distanziamento;

- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di acclarata infezione da Covid-19 da parte di un ospite frequentante il Centro, a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale

Luogo _____, **Data** _____

L'Ospite
(o suo familiare)

Il coordinatore del Centro Diurno Integrato

Allegato al contratto

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TAMPONE RAPIDO PER LA RICERCA DI COVID-19
volto al contenimento della diffusione del contagio da Covid-19**

Il sottoscritto _____, C.F. _____,
nato/a a _____ (___), il _____,
In qualità di _____, de il/la signor/a _____,
nato/a a _____ (___), il _____

**AUTORIZZO LA COOPERATIVA EQUA ALLA SOMMINISTRAZIONE SETTIMANALE DI TAMPONE RAPIDO E
CONTESTUALMENTE CONFERMO:**

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che l'interessato, o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID-19;
- di impegnarmi a non far frequentare al mio caro il CDI in presenza di febbre superiore a 37,5° o di altri sintomi (es. tosse, raffreddore, congiuntivite) e di informare tempestivamente il Medico di base e il Coordinatore del Centro della comparsa dei sintomi o febbre;
- di essere consapevole ed accettare di essere sottoposto a misurazione della febbre con termometro senza contatto prima dell'accesso al Centro e che, in caso di febbre superiore ai 37,5° o di presenza delle altre sintomatologie sopra citate, non potrà essere ammesso al Centro;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre superiore a 37,5° o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'Ente Gestore provvede all'isolamento immediato dell'Ospite e ad informare immediatamente l'Agenzia di Tutela della Salute nonché i familiari;
- di rispettare le regole finalizzate alla prevenzione del contagio da Covid-19;
- di essere stato adeguatamente informato dal personale del Centro di tutte le disposizioni organizzative e igienico sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da Covid-19 ed in particolare:
 - delle disposizioni per gli accessi e l'uscita dal Centro;
 - di non poter accedere, se non per situazioni di comprovata emergenza, all'area del Centro, durante lo svolgimento delle attività ed in presenza degli altri Ospiti;
- di essere consapevole che nello svolgimento della procedura di triage si è tenuti ad informare l'operatore all'ingresso sullo stato di salute corrente del familiare, in particolare dichiarando se ha avuto sintomi quali febbre, difficoltà, respiratorio o congiuntivite.

Ricordiamo inoltre che il gestore dichiara:

- di aver fornito puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da Covid-19 e di impegnarsi, durante il periodo di frequenza al Centro, a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- che per la realizzazione del Centro si avvale di personale adeguatamente formato sulle procedure igienico sanitarie di contrasto alla diffusione del contagio. Il personale stesso si impegna ad osservare scrupolosamente ogni prescrizione igienico sanitaria e a recarsi al lavoro solo in assenza di ogni sintomatologia riferibile al Covid-19;
- di impegnarsi a realizzare le procedure di triage all'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico sanitarie previste dalla normativa vigente, tra cui le disposizioni circa il distanziamento;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da Covid-19 da parte di un ospite frequentante il Centro, a ogni disposizione dell'Autorità Sanitaria Locale.

Luogo _____, **Data** _____
L'Ospite (o suo familiare)

Il coordinatore del Centro Diurno Integrato

Allegato al contratto

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13, § 1, E 14, § 1,
DEL REGOLAMENTO EUROPEO (R.G.P.D.) 2016/679**

Cognome e nome dell'interessato _____

1. **Dati dei titolari del trattamento:** EQUA Società Cooperativa Sociale è:
[] titolare [] contitolare [] responsabile del trattamento dei dati per il servizio

 2. **Dati di contatto del rappresentante legale:** il rappresentante legale della Cooperativa è la signora Sara Mariazzi. I suoi dati di contatto sono: numero di telefono 02 35974500; posta elettronica segreteria@equacooperativa.it
 3. **Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:** Il responsabile della protezione dei dati/data protection officer la signora Federica Serafini, federica.serafini@equacooperativa.it
 4. **Indicazione dei responsabili del trattamento:** Sono responsabili del trattamento i dipendenti del servizio _____
 5. **Finalità del trattamento e criteri di conservazione dei dati:** Il responsabile la informa che i Suoi dati, richiesti o acquisiti dalla Cooperativa preventivamente all'instaurazione del Contratto, nel corso dello stesso o dopo la sua cessazione, saranno trattati da EQUA nel rispetto della normativa vigente e degli obblighi di riservatezza, per le seguenti finalità:
 - a) Trattamento giuridico ed economico nell'ambito dell'iscrizione: formalizzazione, stipula ed esecuzione del contratto; compilazione ed elaborazione delle dichiarazioni fiscali e degli adempimenti amministrativi e contabili alle stesse connesse; monitoraggio degli adempimenti contrattuali
 - b) Svolgimento di attività nel rispetto di richieste particolari collegate a patologie e delle quali il personale della struttura è messo a conoscenza
 - c) Acquisizione e rispetto della domanda di iscrizione al fine di utilizzare da parte Sua in tutto od in parte i servizi della struttura
- La Cooperativa, inoltre, effettua audio e video registrazioni con le seguenti finalità:
- I. I contenuti dei video e degli audio potranno essere utilizzati per motivi di ricerca, di formazione, di cura, di raccolta delle storie, dei vissuti, con lo scopo di migliorare le cure che vengono fornite e di condividere con la famiglia il presente, il passato e il futuro.
 - II. Nel caso di registrazioni a scopo formativo e di ricerca, le conversazioni (audio registrate, con il registratore ben in vista e trascritte su supporto informatico e/o su carta) saranno utilizzate in forma anonima e quindi non riconducibili alla persona intervistata.
6. **Dichiarazione di cui al § 32:** La Cooperativa dichiara di aver adottato misure tecniche e organizzative idonee a garantire la sicurezza dei trattamenti, rimandando alla relativa Valutazione d'impatto, periodicamente revisionata.

- 7. Base giuridica:** Al di fuori dei casi in cui il trattamento dei dati avviene per effetto del contratto di cui al punto 5, viene richiesto uno specifico consenso agli interessati (per esempio per la pubblicazione di fotografie).
- 8. Esistenza di processi decisionali automatizzati:** La Cooperativa informa gli interessati che non utilizza processi decisionali automatizzati.
- 9. Trasferimento di dati all'estero:** La cooperativa dichiara che non trasferisce dati in Paesi terzi

10. Diritti degli interessati

EQUA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE garantisce agli interessati l'esercizio dei seguenti diritti:

- revoca del consenso (art. 7);
- accesso ai dati (art. 15);
- rettifica (art. 16) o cancellazione (art. 17) dei dati;
- limitazione del trattamento (art. 18)
- opposizione al trattamento (art. 21);
- portabilità dei dati (art. 20).

11. Esercizio dei diritti

Per ottenere una copia dei dati oggetto del trattamento, per conoscere le finalità per le quali i dati sono trattati e i tempi o i criteri di loro conservazione e più in generale per l'esercizio dei diritti di cui sopra riconosciuti dal regolamento europeo, si invita a rivolgersi a Federica Serafini, quale Responsabile protezione dati al seguente indirizzo mail: federica.serafini@equacooperativa.it
Se ritiene che non sia stato garantito l'esercizio dei suoi diritti, può presentare un reclamo al Garante della privacy quale autorità di controllo (art. 77) o rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (art. 79).

Firma dell'interessato o di chi lo rappresenta

Milano, __ / __ / ____

Allegato al contratto

LIBERATORIA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13, § 1, E 14, § 1, DEL REGOLAMENTO EUROPEO (R.G.P.D.) 2016/679

Cognome e nome dell'interessato _____

Il sottoscritto _____ cod. fisc. _____ in qualità di Interessato/rappresentante dell'interessato (es. amministratore di sostegno, tutore, curatore), nato a _____, il _____, residente in _____, dichiara di aver letto l'informativa e di averne compreso integralmente il contenuto.

Il sottoscritto/la sottoscritta esprime il proprio CONSENSO alla pubblicazione, da parte del personale autorizzato dalla Cooperativa EQUA, di riprese video-fotografiche e al trattamento delle immagini su:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| • Foto di gruppo da distribuire alle famiglie | Acconsento [] Non Acconsento [] |
| • Sito istituzionale della Cooperativa | Acconsento [] Non Acconsento [] |
| • Social | Acconsento [] Non Acconsento [] |
| • Documentazione interna ai servizi | Acconsento [] Non Acconsento [] |
| • Bilancio sociale | Acconsento [] Non Acconsento [] |
| • Riviste di settore | Acconsento [] Non Acconsento [] |

Data
rappresenta

Firma dell'interessato o di chi lo

Milano, __ / __ / ____

-

Il sottoscritto/la sottoscritta dichiara di aver ricevuto da _____ tutte le informazioni in merito al trattamento dei suoi dati e manifesta il proprio consenso per audio e video riprese effettuate dal personale del servizio.

Il rifiuto alla procedura di registrazione non preclude le normali cure in questa struttura.

- | | | |
|-----------------|----------------|--------------------|
| • Audio riprese | Acconsento [] | Non Acconsento [] |
| • Video riprese | Acconsento [] | Non Acconsento [] |

Firma dell'interessato o di chi lo rappresenta

Milano, __ / __ / ____

Allegato al contratto

TABELLA RETTA DI FREQUENZA

Giorni di frequenza	3	4	5
Tariffa di frequenza	40,00€	38,50€	37,00€

TABELLA RETTA DI TRASPORTO

Distanza dal CDI	da 0 Km a 4 Km	>4 Km sino a 9 Km	>9 Km sino a 12 Km	> 12 Km
Tariffa a tratta	6,50€	8,00€	10,00€	Su valutazione del coordinatore