R.T.03





|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Data sol.licitud |  |  |
| **FITXA DE DADES DE LA PERSONA USUÀRIA (una fitxa per a cada persona)** | Data alta |  |
|  | Núm. Expèdient |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Marcar amb una x el tipus usuari | **USUARIA TITULAR A** | |  | **USUARIA BENEFICIÀRIA B** | |  |  |
| Nom | | Cognoms | | | | | |
| Data de naixement | | Estat Civil | | | | | |
| Direcció | | | | | | | |
| Població | | Província | | | | | |
| C. Postal | | NIF | | | Companyia de telèfon | | |
| Tel. domicili | | Tel. Mòbil | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **DADES DE COBERTURA SANITÀRIA** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **SEGURETAT SOCIAL** | | | | | | | |
| Núm. targeta sanitària | | | | | | | |
| Nom metge de capçalera: | | | | | | | |
| Centre de Salut / Ambulatori: | | | | | | | |
| Telèfon de cites: | | Telèfon d'Urgències | | | | | |
| Hospital de referència: | | Telèfon de l'hospital de referència: | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **ASSEGURANÇA MÈDICA PRIVADA** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Companyia: | | Numero de pòlissa: | | | | | |
| Telèfon d'Urgències: | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADES DELS FAMILIARS AMB QUI CONVIU** | | | | | |
|  | | | | | |
| Nom i cognoms | | Parentiu | Edat | Tel. Fix | Tel. Mòbil |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADES DE LES PERSONES DE CONTACTE PER A EMERGÈNCIES (per ordre de prioritat)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Nom i cognoms | Té claus | Localitat | Parentiu | Edat | Tel. Fix | Tel. Mòbil |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SITUACIÓ SANITARIA** |
|  |
| Al·lèrgies |
| Malalties |
| Tractaments |
| Medicaments que pren |
|  |
| **OBSERVACIONS** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RECURSOS PÚBLICS** | |
|  | |
|  | **Servei atenció domiciliària** |
|  | **Centre de dia** |

|  |  |
| --- | --- |
| **RECURSOS PRIVATS** | |
|  | |
|  | **Servei atenció domiciliària** |
|  | **Centre de dia** |

La persona usuària autoriza el tractament de les dades personals subministrades voluntàriament a través del present document i l'actualizació dels mateixos per:

* El compliment del propi contracte de prestació de serveis subscrits.
* La realizació d'estudis estadístics.

Totes les dades són tractades amb absoluta confidencialitat, no sent accessibles a tercers per a finalitates distintes per a les quals han estat autoritzades.

El fitxer creat està ubicat a les instal·lacions de CLECE, sota la seva exclusiva supervisió i control, qui assumeix l'adopció de les mesures de seguretat d'índole tècnica i organitzativa per a protegir la confidencialitat i integritat de la informació, d'acord amb l'establert a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i a més a més legislació aplicable i davant qui el titular de les dades pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació mitjançant comunicació escrita dirigida a CLECE, c/ Josep Ferrater i Móra 2-4, de Barcelona adjuntant-hi una fotocòpia del seu Document Nacional d'Identidad o qualsevol altre document oficial identificatiu.

En cas de que les dades facilitades es refereixen a persones físiques diferents del CONTRACTANT, aquest haurà, amb caràcter previ a la seva inclusió en el present document, informar-los dels

**Signatura de la persona usuaria**

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_de 202