

Spett.le
AMMINISTRAZIONE
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
“SAN GIOVANNI”
Via D. Chiesa, 6
38017 MEZZOLOMBARDO (TN)

Oggetto: Domanda di ammissione per persone non autosufficienti in
Residenza Sanitaria Assistenziale su posto letto NON
convenzionato con la Provincia Autonoma di Trento

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ residente a
_____ in via _____
cellulare numero _____ mail _____

oppure

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ residente a
_____ in via _____
cellulare n. _____ mail _____,
(grado di parentela) _____ del/la signor/a _____
nato a _____ il _____ residente a
_____ in via _____

con la presente

CHIEDE

l’inserimento per un periodo di accoglienza temporanea di _____ giorni

dal _____ al _____

- ☐ per sè
☐ per il parente suddetto

presso l'APSP San Giovanni di Mezzolombardo su un **posto letto per non autosufficienti**:

Motivazione della richiesta:

- ☐ mancanza di rete familiare
☐ problematiche sanitarie
☐ attesa di ingresso su posto UVM
☐ altro _____

A tal fine

DICHIARA

☐ che la persona suddetta è NON AUTOSUFFICIENTE

☐ che la persona suddetta è AUTOSUFFICIENTE

☐ di accettare, a nome dell'Ospite, le norme vigenti che regolano la vita interna della APSP San Giovanni nonché quelle che saranno stabilite dai competenti Organi dell'Amministrazione, ed in particolare le possibilità di trasferimento dell'Ospite fra i vari reparti/piani/stanze a seguito di eventuali mutate esigenze assistenziali;

☐ di impegnarsi altresì al pagamento della retta di degenza (residenziale e sanitaria) e le altre tariffe stabilite annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'APSP San Giovanni, a partire dalla data di accettazione dell'ingresso nella struttura;

☐ di aver utilizzato un posto di sollievo accreditato UVM presso l'APSP _____ nell'anno _____ dal _____ al _____;

☐ di aver utilizzato un posto (di qualsiasi tipologia) presso l'APSP _____ nell'anno _____ dal _____ al _____;

☒ di aver ricevuto l'informativa sulla privacy che firma per accettazione

ALLEGA quadro clinico stilato dal proprio medico curante.

In fede

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Allega copia del documento di identità del sottoscrittore.

PERSONA DA CONTATTARE:

Cognome e Nome _____

Comune di _____

Via- Fraz. n. civico _____

Telefono _____ mail: _____

INFORMATIVA PRIVACY

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del nuovo Codice di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003 integrato con modifiche D.Lgs 101/2018), i dati personali forniti nel presente modulo verranno trattati secondo i seguenti criteri:

- **titolare del trattamento:** A.P.S.P. "San Giovanni" con sede in MEZZOLOMBARDO;
- **tipologie di dati, finalità e base giuridica del trattamento:** il trattamento potrebbe riguardare dati comuni (dati anagrafici) e dati rientranti nelle "categorie particolari di dati personali" (informazioni relative allo stato di salute) e/o dati personali relativi a condanne penali. Tutti i dati raccolti sono necessari per dare esecuzione a funzioni istituzionali correlate all'esercizio di poteri e facoltà di cui la nostra Amministrazione è competente;
- **modalità del trattamento:** i dati raccolti sono trattati in forma cartacea ed elettronica e protetti ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR;
- **obbligatorietà del conferimento:** il conferimento ha natura obbligatoria. In caso contrario la nostra Amministrazione potrebbe trovarsi nell'impossibilità di dare esecuzione a quanto di propria spettanza;
- **comunicazione, diffusione e destinatari:** i dati comunicati non saranno trasferiti extra UE. La loro diffusione avrà luogo solo laddove previsto da un obbligo di legge. I dati possono essere conosciuti da incaricati appositamente istruiti e da parte di soggetti terzi, nominati responsabili del trattamento, il cui elenco è accessibile presso la sede del titolare;
- **durata del trattamento e periodo di conservazione:** i dati acquisiti saranno conservati per il tempo di legge;
- **diritti dell'interessato:** l'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e segg. del predetto Reg. rivolgendosi al titolare o al responsabile per la protezione dei dati nonché proporre reclamo all'autorità di controllo. Il soggetto designato quale responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile all'indirizzo: servizioldpo@upipa.tn.it.

La firma del/dei sottoscrittore/ri vale per accettazione di tutti i punti del presente modulo.

Firma _____