

Consegnata ☐ on line ☐ personale

La comunicazione di ricevimento della presente istanza, ai sensi dell'art. 25 L.P. 23/1992 e SMI, costituisce data di avvio del procedimento

**DOMANDA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DELLA RETTA ALBERGHIERA RSA  
OSPITI CON LIVELLO ASSISTENZIALE NAMIR**

(Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 26)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA sotto la sua personale responsabilità:**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente in provincia di Trento da almeno 3 anni ed iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- ☐ per se stesso
- ☐ per la persona sotto indicata in qualità di esercente la potestà genitoriale, di tutore, curatore o amministratore di sostegno
- ☐ per la persona sotto indicata (in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

cognome nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in provincia di Trento da almeno 3 anni ed iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

Che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari **provveda a coprire** – con erogazione diretta alla RSA – **la retta alberghiera** praticata nella struttura residenziale di \_\_\_\_\_ a far tempo dal \_\_\_\_\_ e per la parte eccedente l'indennità di accompagnamento percepito.

**a tal fine dichiara che il destinatario del provvedimento:**

- ☐ è ricoverato/a in un posto letto della RSA sopra richiamata con livello assistenziale NAMIR;
- ☐ percepisce indennità di accompagnamento di importo pari ad € \_\_\_\_\_ netti mensili;
- ☐ comunicherà al Servizio Amministrazione Territoriale l'eventuale variazione di status rispetto al contenuto delle dichiarazioni rese.

### INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

1. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita APSS ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (dpcm 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta Provinciale) in materia di livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
3. I dati personali saranno comunicati all'Istituto Bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri soggetti pubblici come previsto dal regolamento Provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere comunicati inoltre ad altri soggetti pubblici.
4. L'Azienda, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i registri anagrafici comunali ed i CAF.
5. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per APSS, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
6. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
7. I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: [www.apss.tn.it/direttive-aziendali](http://www.apss.tn.it/direttive-aziendali).
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 [urp@apss.tn.it](mailto:urp@apss.tn.it).
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
11. L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail [ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it)
12. L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

#### DATA

#### FIRMA

13. con la firma apposta in calce alla domanda si attesta di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679.

#### **\*Informazioni ai sensi del DPR 445/00**

Se l'interessato è **minore** firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato è **interdetto/inabilitato** firma il tutore/curatore (art. 5). Nel caso in cui l'interessato si trovi **temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute** può firmare il coniuge o, in sua assenza, i figli o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4). **Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000).** Si rende noto che l'istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto
- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

#### VALUTAZIONE UVM - RISERVATA AL SERVIZIO AMMINISTRAZIONE TERRITORIALE

Si attesta che a seguito valutazione UVM avvenuta in data \_\_\_\_\_ e sulla scorta della documentazione clinica disponibile agli atti, il/la Signor/a \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- ☐ **è in possesso** dei requisiti clinico - sanitari previsti da disposizioni provinciali ed aziendali,
- ☐ **non è in possesso** dei requisiti clinico - sanitari previsti da disposizioni provinciali ed aziendali,

che consentono di procedere all'erogazione del contributo richiesto.

Data Attestazione

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Il Coordinatore della UVM  
(Timbro e Firma)



OHSA 18001:2007