

|                                                                                                                                                          |                                                                                                 |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  <b>Clementino Vannetti</b><br>Azienda Pubblica di Servizi alla Persona | MODULO A COMPILAZIONE DI UN FAMILIARE<br>DELEGATO DELLA PERSONA ELETTA AL<br>RICOVERO.          | MOD AMMISSIONE<br>IN RSA - 01             |
|                                                                                                                                                          | <b>MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA</b><br><b>Posti letto SOLLIEVO convenzionati APSS</b> | Data 01.01.2025<br>Rev. 01<br>Pag. 1 di 4 |

**DOMANDA DI AMMISSIONE IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)**  
**Posti letto SOLLIEVO convenzionati con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari**

Spett. A.p.s.p. Clementino Vannetti  
 Via Vannetti, n. 6  
 38068 ROVERETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Il/La sottoscritto/a<sup>1</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                           |
| <b>CHIEDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                           |
| l'ammissione in una delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) gestite da codesta A.p.s.p. "Clementino Vannetti", nell'ambito dei posti letto SOLLIEVO dalla stessa convenzionati con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, della seguente persona dichiarata non autosufficiente ed eleggibile al ricovero in RSA dall'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) del Distretto di _____ in data _____ (di seguito denominata "Ospite") |                        |                           |
| <b>nome e cognome dell'Ospite:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |                           |
| <b>codice fiscale:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                           |
| <b>nato/a il:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>a:</b>              |                           |
| <b> Sesso:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b> stato civile:</b>  |                           |
| <b> cittadinanza:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                           |
| <b> residente in Via/Piazza:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b> N°:</b>            | <b> Cap:</b>              |
| <b> Comune di:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b> Provincia:</b>     |                           |
| <b>DICHIARA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                           |
| che lo stato famiglia dell'Ospite è composta da                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                           |
| <i>Cognome e nome</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <i>Data di nascita</i> | <i>Grado di parentela</i> |
| <i>Cognome e nome</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <i>Data di nascita</i> | <i>Grado di parentela</i> |
| <i>Cognome e nome</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <i>Data di nascita</i> | <i>Grado di parentela</i> |
| <i>Cognome e nome</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <i>Data di nascita</i> | <i>Grado di parentela</i> |
| <b>Al riguardo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                           |
| <b>DICHIARA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                           |
| <b>ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                           |
| <b>il proprio codice fiscale:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                           |
| <b>di essere nato/a il:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>a:</b>              |                           |
| <b> Sesso:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b> stato civile:</b>  |                           |
| <b> cittadinanza:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                           |
| <b>di risiedere in Via/Piazza:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b> N°:</b>            | <b> Comune di:</b>        |
| <b> cap:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b> Provincia:</b>     |                           |
| <b> Cell./tel:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b> E mail:</b>        |                           |
| ➤ di essere stato/a delegato/a dall'Ospite sopra indicato a presentare in suo nome, per suo conto e nel suo interesse la presente domanda di ammissione al servizio RSA;                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                           |

<sup>1</sup> Allegare copia della carta d'identità e del codice fiscale del richiedente

|                                                                                                                                                          |                                                                                                 |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  <b>Clementino Vannetti</b><br>Azienda Pubblica di Servizi alla Persona | <b>MODULO A COMPILAZIONE DI UN FAMILIARE DELEGATO DELLA PERSONA ELETTA AL RICOVERO.</b>         | <b>MOD AMMISSIONE IN RSA - 01</b>         |
|                                                                                                                                                          | <b>MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA</b><br><b>Posti letto SOLLIEVO convenzionati APSS</b> | Data 01.01.2025<br>Rev. 01<br>Pag. 2 di 4 |

➤ che l'Ospite ha con il/la sottoscritto/a il seguente rapporto di parentela:

---

➤ che al fine di adempiere alla procedura di ammissione dell'Ospite in RSA, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta dalla A.p.s.p. "Clementino Vannetti";

➤ che la sottoscrizione della presente domanda di ricovero dell'Ospite in una RSA gestita dalla A.p.s.p. "Clementino Vannetti" ha valore di accettazione delle condizioni contrattuali e tariffarie come stabilite ed indicate e/o richiamate dall'Azienda stessa nel prosieguo della presente domanda;

➤ di aver ricevuto copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui al regolamento Europeo (UE) 2016/679;

➤ di essere a conoscenza che i servizi e la convivenza in RSA sono disciplinati dal Regolamento Sanitario e dalla Carta dei Servizi, pubblicati sul sito istituzionale della A.p.s.p. "Clementino Vannetti" ([www.apspvannetti.it](http://www.apspvannetti.it)) che dichiara di conoscere, accettare, rispettare e far rispettare;

➤ di accettare le tariffe deliberate dal C.d.A della A.p.s.p. "Clementino Vannetti" ed il relativo pagamento tra cui:

- retta alberghiera giornaliera (Euro **54,53**) + € **10,00** al giorno per utilizzo stanza singola
- ogni ulteriore tariffa aggiuntiva per servizio usufruito (es. servizio podologia, trasporto, acquisto biancheria personale dal guardaroba dell'Ente, servizio barbiere/parrucchiera, accompagnamento a visite specialistiche, pratiche amministrative specifiche ecc.)
- ogni eventuale variazione della retta alberghiera e delle tariffe aggiuntive annualmente stabilite dal C.d.A della A.p.s.p. "Clementino Vannetti" come pubblicate sul sito istituzionale della A.p.s.p. "Clementino Vannetti" ([www.apspvannetti.it](http://www.apspvannetti.it))

➤ di impegnarsi a provvedere al pagamento regolare della retta alberghiera e di ogni prestazione assistenziale integrativa entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento della fattura emessa, con risorse economiche proprie dell'Ospite eventualmente integrate da quelle dei propri familiari che, in qualità di garanti, si sono obbligati in solido ed in ogni caso da quelle degli obbligati agli alimenti ai sensi degli artt. 433 e 434 c.c.

➤ di voler ricevere la fattura emessa avente ad oggetto la retta alberghiera e le prestazioni assistenziali rese da questa A.p.s.p. "Clementino Vannetti" in favore dell'Ospite mediante indirizzo mail di seguito riportato

---

➤ di essere stato/a informato/a che, in caso di difficoltà economiche al pagamento della retta alberghiera e di ogni prestazione assistenziale integrativa da parte dell'Ospite o dei suoi familiari che, in qualità di garanti, si sono obbligati in solido o degli obbligati agli alimenti ai sensi degli artt. 433 e 434 c.c., si dovrà presentare richiesta d'intervento economico all'ultimo Comune di residenza dell'Ospite, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 comma 4 della Legge n. 328/2000 e che in caso di assenza dei familiari o di loro inerzia, l'Apsp "Clementino Vannetti" è delegata a dare notizia al Comune interessato, affinché provveda all'accertamento delle condizioni economiche dell'Ospite e all'attivazione dell'intervento economico di sua competenza;

➤ (da barrare solo in caso di avvenuta presentazione di richiesta di intervento economico all'ultimo Comune di residenza dell'Ospite ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 comma 4 della Legge n. 328/2000)

☐ di aver presentato in data \_\_\_\_\_ al Comune di \_\_\_\_\_, quale ultimo Comune di residenza dell'Ospite, richiesta di intervento economico ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 comma 4 della Legge n. 328/2000

|                                                                                                                                                          |                                                                                                 |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  <b>Clementino Vannetti</b><br>Azienda Pubblica di Servizi alla Persona | <b>MODULO A COMPILAZIONE DI UN FAMILIARE<br/>DELEGATO DELLA PERSONA ELETTA AL<br/>RICOVERO.</b> | <b>MOD AMMISSIONE<br/>IN RSA - 01</b>     |
|                                                                                                                                                          | <b>MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA<br/>Posti letto SOLLIEVO convenzionati APSS</b>       | Data 01.01.2025<br>Rev. 01<br>Pag. 3 di 4 |

- che il familiare/persona di riferimento autorizzato a partecipare al processo di cura e alla gestione di tutti gli aspetti di interesse per l'A.p.s.p. "Clementino Vannetti" dell'Ospite sopra indicato è il seguente:
- ☐ il/la sottoscritto/a
  - ☐ il seguente:

**Nome e cognome**

**rapporto di parentela con l'Ospite:**

**residente in Via/Piazza:**

**N°:**

**Cap:**

**Comune di:**

**Provincia:**

**telefono**

**E mail**

Che altri familiari dell'Ospite sopra indicato contattabili in caso di assenza o impedimento del familiare/persona di riferimento sono:

**Nome e cognome**

**rapporto di parentela con l'Ospite:**

**residente in Via/Piazza:**

**N°:**

**Cap:**

**Comune di:**

**Provincia:**

**telefono**

**E mail**

**Luogo e data**

**Firma**

(firma di chi agisce in nome, per conto e nell'interesse dell'Ospite)

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' SOLIDALE**

Io sottoscritto/a

- nome e cognome \_\_\_\_\_
- rapporto di parentela con l'Ospite \_\_\_\_\_
- nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- C.F. \_\_\_\_\_
- residente in via/piazza \_\_\_\_\_
- Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_
- recapiti telefonici \_\_\_\_\_
- E mail \_\_\_\_\_

**MI IMPEGNO**

personalmente in veste di garante ad assolvere tutti gli obblighi anche economici assunti dall'Ospite con la presente domanda anche in caso di revoca degli interventi economici da parte dell'Amministrazione Comunale (art. 6 comma 4 della Legge n. 328/2000) e mi obbligo a rispondere solidalmente in caso di debito contratto dall'Ospite verso l'A.p.s.p. "Clementino Vannetti" durante il suo periodo di permanenza in RSA provvedendo al pagamento di quanto dovuto a titolo di morosità dall'Ospite a semplice richiesta della l'A.p.s.p. "Clementino Vannetti" e senza possibilità di sollevare eccezioni e/o contestazioni e/o riserve alcune.

**Luogo e data**

**Firma del garante**

|                                                                                                                                                          |                                                                                                 |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  <b>Clementino Vannetti</b><br>Azienda Pubblica di Servizi alla Persona | MODULO A COMPILAZIONE DI UN FAMILIARE<br>DELEGATO DELLA PERSONA ELETTA AL<br>RICOVERO.          | MOD AMMISSIONE<br>IN RSA - 01             |
|                                                                                                                                                          | <b>MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA</b><br><b>Posti letto SOLLIEVO convenzionati APSS</b> | Data 01.01.2025<br>Rev. 01<br>Pag. 4 di 4 |

**DOCUMENTI ALLEGATI:**

- 1) copia carta di identità e del codice fiscale dell'Ospite;
- 2) copia della carta d'identità e del codice fiscale del richiedente;
- 3) Consenso sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento Europeo (UE) 2016/679;

**II/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

consapevole che la sottoscrizione della presente domanda di ammissione dell'Ospite in RSA costituisce accettazione delle relative condizioni contrattuali, dichiara in nome, per conto e nell'interesse dell'Ospite di accettare espressamente le condizioni sopra indicate o richiamate, e in particolare quelle riguardanti:

- **il regime tariffario per i posti letto sollievo in RSA convenzionati con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;**
- **la responsabilità di assicurare il pagamento regolare della retta alberghiera e di ogni prestazione assistenziale integrativa resa in favore dell'Ospite, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento della fattura emessa;**
- **l'obbligo, in caso di difficoltà economiche al pagamento della retta alberghiera e di ogni prestazione assistenziale integrativa da parte dell'Ospite o dei suoi familiari che, in qualità di garanti, si sono obbligati in solido o degli obbligati agli alimenti ai sensi degli artt. 433 e 434 c.c., di presentare richiesta d'intervento economico all'ultimo Comune di residenza dell'Ospite, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 comma 4 della Legge n. 328/2000;**

Inoltre il sottoscritto nella sua qualità di garante dell'Ospite dichiara di aver consapevolmente assunto gli obblighi solidali di cui alla sopra estesa "DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' SOLIDALE".

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DI CHI RICEVE LA DOMANDA**

Ai sensi degli art. 30 e 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, la presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto (indicare in stampatello il nome) \_\_\_\_\_
- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore