

|                                                                                                                                                          |                                                                                         |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  <b>Clementino Vannetti</b><br>Azienda Pubblica di Servizi alla Persona | MODULO A COMPILAZIONE DELLA PERSONA<br>ELETTA AL RICOVERO.                              | MOD AMMISSIONE<br>IN RSA - 01             |
|                                                                                                                                                          | <b>MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA</b><br><b>Posti letto convenzionati ASUIT</b> | Data 01.05.2026<br>Rev. 02<br>Pag. 1 di 5 |

**DOMANDA DI AMMISSIONE IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)**  
**Posti letto convenzionati con l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|
| <b>Il/La sottoscritto/a<sup>1</sup></b>                                                                                                                                                                                                          |                      |                    |
| Quale persona dichiarata non autosufficiente ed eleggibile al ricovero in RSA dall'Unità Valutativa multidisciplinare (UVM) del Distretto di _____ in data _____ (di seguito denominato/a anche come "Ospite")                                   |                      |                    |
| <b>CHIEDE</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                    |
| di essere ammesso/a in una delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) gestite da codesta A.p.s.p. "Clementino Vannetti", nell'ambito dei posti letto dalla stessa convenzionati con l'Azienda Sanitaria universitaria Integrata del Trentino. |                      |                    |
| <b>Al riguardo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,</b><br><b>DICHIARA</b><br><b>ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445:</b>                                                          |                      |                    |
| <b>di essere nato/a il:</b>                                                                                                                                                                                                                      | <b>a:</b>            |                    |
| <b>codice fiscale:</b>                                                                                                                                                                                                                           |                      |                    |
| <b>sexso:</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>       |                    |
| che la mia famiglia anagrafica è composta da<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                 |                      |                    |
| Cognome e nome                                                                                                                                                                                                                                   | data di nascita      | grado di parentela |
| ➤ che al fine di adempiere alla procedura di ammissione dell'Ospite in RSA, mi farò carico di produrre tutta la documentazione richiesta dalla A.p.s.p. "Clementino Vannetti";                                                                   |                      |                    |

<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 DELLA PERSONA<br/>ELETTA AL RICOVERO.</b>                | <b>MOD AMMISSIONE<br/>IN RSA - 01</b>     |
|                                                                                                                                                          | <b>MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA<br/>Posti letto convenzionati ASUIT</b> | Data 01.05.2026<br>Rev. 02<br>Pag. 2 di 5 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>➤ di essere edotto/a che con la sottoscrizione della presente domanda di ricovero dell'Ospite in una RSA gestita dalla A.p.s.p. "Clementino Vannetti" accetto le condizioni contrattuali e tariffarie come stabilite ed indicate e/o richiamate dall'Azienda stessa nel prosieguo della presente domanda;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>➤ di aver ricevuto copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui al regolamento Europeo (UE) 2016/679;</p> <p>➤ di essere a conoscenza che i servizi e la convivenza in RSA sono disciplinati dalla Carta dei Servizi, pubblicati sul sito istituzionale della A.p.s.p. "Clementino Vannetti" (<a href="http://www.apspvannetti.it">www.apspvannetti.it</a>) che dichiaro di conoscere, accettare, rispettare e far rispettare;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>➤ di accettare le tariffe deliberate dal C.d.A della A.p.s.p. "Clementino Vannetti" ed il relativo pagamento tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ retta alberghiera giornaliera (Euro 55,50)</li> <li>○ ogni ulteriore tariffa aggiuntiva per servizio usufruito (es. servizio podologia, trasporto, installazione e utilizzo telefono, acquisto biancheria personale dal guardaroba dell'Ente, servizio barbiere/parrucchiera, accompagnamento a visite specialistiche, pratiche amministrative specifiche ecc.)</li> <li>○ tariffa per il mantenimento della prenotazione del posto letto R.S.A. applicata nei casi di ricovero ritardato per motivi riconducibili all'Ospite a partire dal giorno programmato per l'ingresso fino al suo effettivo ingresso;</li> <li>○ ogni eventuale variazione delle 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" (<a href="http://www.apspvannetti.it">www.apspvannetti.it</a>)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>➤ di accettare che, ad ingresso avvenuto in RSA ed entro i termini previsti dalla normativa vigente in materia, l'A.p.s.p. "Clementino Vannetti" procederà al cambio di residenza dell'Ospite, indicando la nuova residenza in R.S.A., ed il cambio del medico curante;</p> <p>➤ di impegnarsi a versare al tesoriere di codesta A.p.s.p. "Clementino Vannetti" a titolo di deposito cauzionale fruttifero, entro 5 giorni decorrenti dalla data prevista per l'ingresso in struttura, un importo pari alla retta giornaliera moltiplicato per 30;</p> <p>➤ 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.</p> <p>➤ di voler ricevere la fattura mensile 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ pubblicazione sul "portale ospiti" attraverso il seguente indirizzo di posta elettronica<br/>_____</li> <li>○ invio a mezzo a posta ordinaria al seguente indirizzo:<br/>         nome _____ cognome _____ via _____<br/>         CAP _____ CITTA' _____       </li> </ul> |

|                                                                                                                                                          |                                                                                   |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  <b>Clementino Vannetti</b><br>Azienda Pubblica di Servizi alla Persona | <b>MODULO A COMPILAZIONE DELLA PERSONA<br/>ELETTA AL RICOVERO.</b>                | <b>MOD AMMISSIONE<br/>IN RSA - 01</b>     |
|                                                                                                                                                          | <b>MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA<br/>Posti letto convenzionati ASUIT</b> | Data 01.05.2026<br>Rev. 02<br>Pag. 3 di 5 |

➤ 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 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 m i o ultimo Comune di residenza, richiesta di intervento economico ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 comma 4 della L. n. 328/2000

➤ 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:

|                                            |                   |             |
|--------------------------------------------|-------------------|-------------|
| <b>Nome e cognome</b>                      |                   |             |
| <b>rapporto di parentela con l'Ospite:</b> |                   |             |
| <b>residente in Via/Piazza:</b>            | <b>N°:</b>        | <b>Cap:</b> |
| <b>Comune di:</b>                          | <b>Provincia:</b> |             |
| <b>telefono</b>                            | <b>E mail</b>     |             |

Che altro familiare contattabile in caso di assenza o impedimento del familiare/persona di riferimento è:

|                                            |                   |             |
|--------------------------------------------|-------------------|-------------|
| <b>Nome e cognome</b>                      |                   |             |
| <b>rapporto di parentela con l'Ospite:</b> |                   |             |
| <b>C.F.</b>                                |                   |             |
| <b>residente in Via/Piazza:</b>            | <b>N°:</b>        | <b>Cap:</b> |
| <b>Comune di:</b>                          | <b>Provincia:</b> |             |
| <b>telefono</b>                            | <b>E mail</b>     |             |

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| <b>Luogo e data</b> | <b>Firma</b> |
|---------------------|--------------|



### DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ 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.

Dichiaro altresì di aver consapevolmente assunto gli obblighi solidali di cui alla presente "DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ SOLIDALE".

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del garante** \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                          |                                                                                         |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  <b>Clementino Vannetti</b><br>Azienda Pubblica di Servizi alla Persona | MODULO A COMPILAZIONE DELLA PERSONA<br>ELETTA AL RICOVERO.                              | MOD AMMISSIONE<br>IN RSA - 01             |
|                                                                                                                                                          | <b>MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA</b><br><b>Posti letto convenzionati ASUIT</b> | Data 01.05.2026<br>Rev. 02<br>Pag. 5 di 5 |

**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, dichiaro di accettare espressamente le condizioni sopra indicate o richiamate, e in particolare quelle riguardanti:

- **il regime tariffario per i posti letto in RSA convenzionati con l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino;**
- **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;**

**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

**INFORMATIVA RSA, Centro Diurno, PIC**  
**Informativa all'interessato in relazione al trattamento dei dati personali**  
**ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679**

**UTENTI RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI, CENTRI DIURNI PER ANZIANI E/O SERVIZIO DI PRESA IN CARICA DIURNA CONTINUATIVA**

Si informa che i dati personali da Lei forniti nell'ambito del Servizio Residenza Sanitaria Assistenziale, del Centro Diurno per Anziani e/o del servizio di Presa In carica diurna continuativa (PIC), di seguito Servizi, erogati dal nostro Ente saranno trattati nel rispetto del Regolamento EU 2016/679 (di seguito, il GDPR o il Regolamento) e del Decreto Legislativo n. 196/2003.

**1) TRATTAMENTI SVOLTI IN REGIME DI CONTITOLARITA' TRA LA APSP E ASUIT**

**Titolarità del trattamento e coordinate di contatto dei responsabili della protezione dei dati.**

Il trattamento dei dati personali acquisiti nel contesto dell'erogazione dei predetti Servizi prevede, per le specifiche finalità di seguito descritte, un regime di contitolarità tra i seguenti soggetti:

| <b>Contitolari</b>                                                                                     | <b>Responsabile protezione Dati</b>                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A.p.s.p. Clementino Vannetti, con sede in Rovereto (TN), via Vannetti, 6                               | UPIPA sc, con sede a Trento, Via Sighele n. 7, <a href="mailto:servizioldpo@upipa.tn.it">servizioldpo@upipa.tn.it</a> |
| Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (ASUIT) con sede a Trento, Via Degasperì n. 79. | <a href="mailto:ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it">ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it</a>                    |

Tra i predetti contitolari è stato concluso un accordo interno di contitolarità che delinea le rispettive responsabilità, ai sensi dell'art. 26 del GDPR, disponibile previa richiesta all'Ufficio Rapporti con il Pubblico dell'Asuit (tel. 0461/904172 – mail: [urp@asuit.tn.it](mailto:urp@asuit.tn.it)) e/o alla Segreteria dell'Asuit.

**Finalità del trattamento in contitolarità e base giuridica**

|   | <b>Finalità</b>                                                                                                                                      | <b>Base giuridica</b>                                                                                                                                   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Tutela della salute e incolumità fisica dell'interessato o di terzi o della collettività;                                                            | Art. 9, paragrafi 2 lettera h) ed i) e 3 del Regolamento, degli articoli 2-septies e 75 del D.lgs. 196/2003 e delle specifiche disposizioni di settore. |
| 2 | Finalità amministrative e gestionali connesse all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in adempimento degli obblighi istituzionali. | In conformità alle disposizioni di legge e regolamento, in particolare ai sensi dell'art. 2 sexies del D.lgs. 196/2003.                                 |

## Categorie dei dati trattati e natura del conferimento

|   | <b>Tipologia dati trattati</b>                                                                                           | <b>Natura conferimento</b>                                                                                                                                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Dati personali "comuni" identificativi dell'interessato (ad. es. dati anagrafici, codice fiscale).                       | Obbligatorio per accedere ai Servizi.<br>Il mancato conferimento determina l'impossibilità per i contitolari di fornire il Servizio richiesto all'interessato. |
| 2 | Categorie particolari di dati personali di cui all'art. 9 del Regolamento come, ad esempio, i dati relativi alla salute. |                                                                                                                                                                |

## Modalità del trattamento dei dati

I dati saranno trattati con modalità cartacee e con strumenti informatici ed elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi esclusivamente per le sopracitate finalità, da personale dipendente specificamente autorizzato ed istruito da ciascun Contitolare. I dati potranno altresì essere trattati da soggetti terzi che svolgono per i Contitolari attività strumentali al raggiungimento delle finalità indicate. Tali soggetti presentano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali dell'interessato e sono nominati responsabili del trattamento dai Contitolari ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento. Non sono in alcun modo previsti processi decisionali automatizzati ai sensi dell'art. 22 del GDPR.

## Periodo di conservazione

I dati personali saranno conservati da ciascun contitolare secondo le proprie politiche di conservazione:

|              |                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ASUIT</b> | tempi di conservazione previsti nel "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Asuit. al seguente indirizzo: <a href="https://www.asuit.tn.it/privacy">web https://www.asuit.tn.it/privacy</a> . |
| <b>APSP</b>  | tempi di conservazione stabiliti nel "Massimario di scarto per le A.p.s.p. della Provincia di Trento".                                                                                                                                      |

## Ambito di comunicazione e diffusione

Per le finalità indicate nel presente documento, i dati personali potranno essere trattati da soggetti pubblici e privati, enti e istituzioni secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge e Regolamento. In ogni caso, i dati personali relativi alla salute non verranno in alcun modo diffusi.

## Trasferimento verso Paesi terzi

I Suoi dati personali potrebbero essere trasferiti verso Paesi terzi qualora uno dei soggetti indicati nel precedente paragrafo non risieda nell'Unione europea o nello Spazio Economico Europeo, esclusivamente qualora risulti necessario per l'espletamento delle finalità del trattamento sopra indicate e comunque sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione europea nel rispetto dell'articolo 45 GDPR in presenza di clausole contrattuali standard ai sensi dell'articolo 46 del GDPR o in via assolutamente residuale in presenza di una delle deroghe specificamente previste dall'articolo 49 del GDPR.

## Diritti dell'interessato

In qualità di interessato ha diritto di chiedere in ogni momento ai Contitolari l'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR e, in particolare:

1. chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;

2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
3. ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati personali;
4. ottenere la limitazione del trattamento;
5. opporsi al trattamento in qualsiasi momento.

Per l'esercizio dei suddetti diritti l'interessato può rivolgersi:

|              |                                                                                                                                                                                   |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ASUIT</b> | Responsabile della Protezione dati personali - Via Degasperi, n. 79 - 38123 Trento, mail: ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it.                                                 |
| <b>APSP</b>  | Direttore Amministrativo: via Vannetti, 6 – 38068 Rovereto (TN), mail: info@apspvannetti.it;<br>Responsabile per la protezione dei dati personali: mail: serviziodpo@upipa.tn.it. |

Ai sensi dell'art. 77 del GDPR l'interessato può proporre segnalazione o reclamo rivolgendosi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali tramite:

- **Posta elettronica ordinaria:** [protocollo@gpdp.it](mailto:protocollo@gpdp.it);
- **Posta elettronica certificata:** [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it)
- **Posta ordinaria:** Piazza Venezia, 11 – 00186 Roma

## **2) TRATTAMENTI DI ESCLUSIVA TITOLARITÀ DELLA APSP PER L'ACCESSO AI SERVIZI DA PARTE DI UTENTI CONVENZIONATI E NON CONVENZIONATI CON IL SSP.**

Oltre alle finalità sopra descritte, la A.p.s.p. opera quale autonomo titolare del trattamento dati personali conferiti dall'interessato o da un suo rappresentante, sia di natura comune (dati anagrafici ed identificativi) che rientranti nelle categorie particolari (tra cui informazioni riferite allo stato di salute) per le finalità e nei termini di seguito descritti.

### **Finalità del trattamento**

La A.p.s.p. ha necessità di compiere operazioni di trattamento sui predetti dati per il perseguimento delle seguenti finalità:

1. instaurazione, gestione e amministrazione del rapporto con l'utente ed i suoi familiari o rappresentanti;
2. programmazione e pianificazione delle attività;
3. gestione del contenzioso;
4. servizi di controllo interni (della sicurezza, della qualità dei servizi, dell'integrità del patrimonio, degli ingressi e delle uscite anche mediante predisposizione e attivazione di pertinenti sistemi di videosorveglianza e/o contenzione personale);
5. analisi statistiche o attività di ricerca (mediante dati anonimi);
6. comunicazione delle informazioni dell'interessato a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) o in esecuzione di obblighi di legge;
7. gestione del dossier sanitario elettronico;
8. attività ricreative e di animazione che comportano l'utilizzo del ritratto personale dell'interessato;
9. tutela socio assistenziale e interventi di rilievo sanitario a favore di soggetti bisognosi, non autosufficienti o incapaci.

### Categorie dei dati trattati e natura del loro conferimento

| <i><b>Tipologia</b></i>                                                                                                                                                        | <i><b>Natura conferimento</b></i>                   | <i><b>Note</b></i>                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ritratto personale dell'interessato                                                                                                                                            | Volontaria e facoltativa                            | L'autorizzazione a tale trattamento è sempre facoltativa e l'interessato in ogni momento può opporsi o revocare il consenso mediante semplice richiesta inoltrata agli uffici della A.p.s.p.                                     |
| 1. Dati personali di natura comune (dati anagrafici ed identificativi);<br>2. Dati rientranti nelle categorie particolari (tra cui informazioni riferite allo stato di salute) | Obbligatorio per accedere ai Servizi della A.p.s.p. | Il mancato conferimento determina l'impossibilità per la A.p.s.p. di fornire all'interessato i Servizi richiesti.                                                                                                                |
| Dati riguardanti convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere                                                                                                          | Volontaria e facoltativa                            | La mancanza non pregiudica la possibilità di avere accesso ai servizi dell'ente; se conferiti i dati sono trattati per adempiere alle finalità sopra descritte o dare riscontro a particolari richieste dell'interessato stesso. |

Con riferimento ai dati soggetti a maggior tutela dell'anonimato (dati relativi a violenza sessuale o pedofilia, infezioni da HIV, uso di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool, interventi di interruzione della gravidanza) è richiesto apposito consenso all'inserimento/consultazione dei predetti dati nel fascicolo sanitario/dossier sanitario.

### Immagini personali

|   | <i><b>Attività svolte</b></i>                                                                                           | <i><b>Finalità</b></i>                                                                                           | <i><b>Natura conferimento</b></i>                                                                       |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Raccolta e utilizzo del ritratto personale dell'interessato mediante supporti fotografici e audiovisivi.                | Animazione e finalità ricreative (socializzazione, svago, mantenimento di rapporti tra l'utente e il territorio) | Specifica autorizzazione dell'interessato (la base giuridica del loro trattamento è data dal consenso). |
| 2 | Diffusione tramite pubblicazione sul giornalino/notiziario della A.p.s.p. o su altro materiale istituzionale dell'Ente. |                                                                                                                  |                                                                                                         |
| 3 | Esposizione su cartelloni affissi all'interno della struttura.                                                          |                                                                                                                  |                                                                                                         |
| 4 | Diffusione mediante esposizione sul sito web istituzionale dell'Ente e sulla pagina istituzionale Facebook.             |                                                                                                                  |                                                                                                         |
| 5 | Affissione in prossimità della porta di ingresso della stanza.                                                          | Agevolazione e riconoscimento                                                                                    | Specifica richiesta dell'interessato.                                                                   |
| 6 | Cartella sanitaria.                                                                                                     | Riconoscimento e cura dell'ospite                                                                                | Obbligatorio.                                                                                           |

### Videosorveglianza

Presso alcuni varchi e lungo alcune aree perimetrali dell'A.p.s.p. è attivo un sistema di videosorveglianza, per finalità connesse ad esigenze di controllo, sicurezza, tutela del patrimonio e della incolumità fisica delle persone.

### Monitoraggio a distanza Utenti non autosufficienti

In caso di rischio di allontanamento del residente dalla struttura e al fine di garantire la tutela dello stesso, l'equipe socio-sanitaria e socio-assistenziale dell'Ente potrà concordare con il diretto interessato e/o con la persona di riferimento il monitoraggio a distanza dell'Utente mediante dispositivi di controllo dell'accesso a varchi o vie di fuga, con invio di segnale di allarme agli operatori. Il dispositivo sarà pertanto applicato d'intesa con l'Utente e/o la persona che lo rappresenta.

### Dossier sanitario

Il trattamento di dati personali, comuni e riferiti allo stato di salute dell'interessato, potrà essere effettuato, previo specifico consenso, attraverso procedure volte a informatizzare la gestione della cartella sanitaria (dossier sanitario). Tale modalità prevede l'elaborazione in formato elettronico delle informazioni inerenti allo stato di salute dell'interessato relativamente ad eventi clinici presenti e trascorsi (p.es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, dati clinici, immagini di indagini diagnostiche, ecc.) al fine di permettere e documentare la storia clinica e migliorare le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura. Tale sistema prevede che i dati personali identificativi dell'interessato e quelli riferiti al suo stato di salute siano elaborati con modalità informatiche e allocati su banche dati idonee a rendere accessibile la consultazione, differenziata per ambiti specifici e profili di autorizzazione, da parte di personale e collaboratori dell'Ente istruiti ed autorizzati al loro trattamento nel rispetto dei principi di necessità, indispensabilità e pertinenza.

Il dossier elettronico potrà essere consultato, anche senza il consenso dell'interessato, ma nel rispetto dell'autorizzazione generale del Garante, qualora sia indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività.

### Base giuridica del trattamento

|   | <b>Finalità</b>                                                                                         | <b>Base giuridica</b>                                                                                                                                           |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Tutela della salute e incolumità fisica dell'interessato o di terzi o della collettività.               | Artt. 9, paragrafi 2 lettera h) ed i) e 3 del Regolamento e articoli 2-septies e 75 del D.lgs. 196/2003 e delle specifiche disposizioni di settore.             |
| 2 | Finalità amministrative e gestionali connesse all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. | Adempimento degli obblighi istituzionali, in conformità alle disposizioni di legge e regolamento, in particolare ai sensi dell'art. 2 sexies del D.lgs. 196/03. |
| 3 | Diffusione del ritratto personale.                                                                      | Consenso dell'interessato.                                                                                                                                      |
| 4 | Gestione del dossier sanitario.                                                                         | Consenso dell'interessato.                                                                                                                                      |

### Modalità del trattamento

I dati acquisiti vengono trattati nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative previste dal Regolamento UE attraverso procedure adeguate a garantire la riservatezza degli stessi. I dati non saranno trattati mediante processi decisionali automatizzati. Tutti i dati conferiti sono trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza sia in forma cartacea che elettronica e protetti mediante misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

### Ambito di comunicazione e diffusione

I dati raccolti sono trattati da parte di personale e collaboratori incaricati in ragione di effettive esigenze lavorative nel rispetto del principio di necessità. Personale amministrativo e figure professionali tecniche, sanitarie, socio-sanitarie e sociali, di cui l'A.p.s.p. si avvale,



appositamente incaricati in relazione alle mansioni di competenza, potranno entrare a conoscenza dei dati conferiti nel rispetto del principio di indispensabilità. Per le finalità sopra indicate, i dati personali potranno essere trattati da soggetti pubblici e privati, enti e istituzioni secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge e Regolamento. In ogni caso, i dati personali relativi alla salute non verranno in alcun modo diffusi.

Ai sensi del d.lgs 175/2014 l'elenco delle prestazioni di carattere sanitario erogate e fatturate nei confronti dell'interessato, salvo esercizio del diritto di opposizione, saranno trasmesse in modalità telematica al Sistema Tessera Sanitaria gestito dal Ministero dell'Economia e Finanze. Ciascun interessato può opporsi in tutto o in parte a tale comunicazione facendo richiesta presso i nostri Uffici amministrativi ovvero chiedere all'Agenzia delle Entrate che tutti o taluni dati (spese ed eventuali rimborsi) non vengano utilizzati per l'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata.

Oltre ai soggetti sopra specificati i dati conferiti potranno essere trattati da parte di altri soggetti terzi, nominati responsabili del trattamento (associazioni professionisti per prestazioni di infermiere professionali o cooperative incaricate alla preparazione dei pasti, appaltatori di servizi, consulenti, fornitori di servizi, ecc.) nella misura in cui ciò sia necessario per l'espletamento di attività svolta su delega dei contitolari. Il loro elenco è accessibile mediante semplice richiesta recapitata ai contitolari. Non è previsto il trasferimento verso Paesi terzi.

#### **Durata del trattamento e periodo di conservazione**

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto con l'interessato e saranno conservati per il tempo di legge. L' A.p.s.p. rispetta i tempi di conservazione stabiliti nel Massimario di scarto per le A.p.s.p. della Provincia di Trento.

#### **Diritti dell'interessato**

Ai sensi degli artt. 15-22 del GDPR, l'interessato o un suo rappresentante può richiedere al Titolare, al Responsabile del trattamento o al RPD l'esercizio del diritto di accesso, rettifica, cancellazione (oblio), limitazione del trattamento, portabilità, opposizione al trattamento e revoca del consenso. Per maggiori informazioni relative ai diritti dell'interessato è possibile consultare il sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it). Ai sensi dell'art. 77 del GDPR l'interessato può proporre segnalazione o reclamo rivolgendosi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali tramite:

- **Posta elettronica ordinaria:** [protocollo@gdpd.it](mailto:protocollo@gdpd.it);
- **Posta elettronica certificata:** [protocollo@pec.gdpd.it](mailto:protocollo@pec.gdpd.it)
- **Posta ordinaria:** Piazza Venezia, 11 – 00186 Roma

Una versione sempre aggiornata di questa informativa sarà pubblicata sul sito dell'Ente alla sezione privacy che l'interessato è invitato a visitare con regolarità.



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Il sottoscritto:</b> |  |
|-------------------------|--|

oppure

|                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Il sottoscritto:</b>                                                                                                    |  |
| <b>In qualità di:</b>                                                                                                      |  |
| esercitante legalmente la potestà, familiare, prossimo congiunto, convivente, amministratore di sostegno, curatore, tutore |  |
| del/la sig./a _____                                                                                                        |  |

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. Ue 2016/679

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> consente                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> non consente                       |
| <b>alla gestione informatizzata della propria documentazione sanitaria autorizzandone l'allocazione nel dossier sanitario elettronico con</b>                                                                                        |                                                             |
| <input type="checkbox"/> il recupero dei dati storici                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> senza il recupero dei dati storici |
| <b>l'interessato</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |
| <input type="checkbox"/> chiede                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> non chiede                         |
| che il proprio nome e cognome venga indicato nella segnaletica posizionata all'ingresso della propria stanza di degenza (in caso di risposta negativa potranno essere esposti il nome per esteso e il cognome con iniziale puntata). |                                                             |

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Firma



**l'interessato**, acquisite le relative informazioni, in riferimento ai

***DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO***

*(dati relativi a violenza sessuale o pedofilia, infezioni da HIV, uso di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool, interventi di interruzione della gravidanza)*

☐ consente

☐ non consente

all'inserimento/consultazione dei predetti dati nel fascicolo sanitario/dossier sanitario

**l'interessato** autorizza il titolare del trattamento a poter comunicare i propri dati relativi allo stato di salute e di interesse per i servizi amministrativi dell'A.p.s.p., ai soggetti di seguito indicati:

| Nominativo | Grado di parentela | Contatto |
|------------|--------------------|----------|
|            |                    |          |
|            |                    |          |
|            |                    |          |
|            |                    |          |

altresi

**In riferimento all'utilizzo delle immagini personali**

|          |                                                                                                                    |                                 |                                     |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <b>1</b> | Diffusione tramite pubblicazione sul giornalino/notiziario della APSP o su altro materiale istituzionale dell'Ente | <input type="checkbox"/> presta | <input type="checkbox"/> non presta |
| <b>2</b> | Esposizione su cartelloni affissi all'interno della struttura                                                      | <input type="checkbox"/> presta | <input type="checkbox"/> non presta |
| <b>3</b> | Diffusione mediante esposizione sul sito web istituzionale dell'Ente e sulla pagina istituzionale Facebook         | <input type="checkbox"/> presta | <input type="checkbox"/> non presta |
| <b>4</b> | Affissione in prossimità della porta di ingresso della stanza                                                      | <input type="checkbox"/> presta | <input type="checkbox"/> non presta |

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Firma