

# Domanda di ammissione a tempo indeterminato / oppure determinato nella Residenza per Anziani



Nova Ponente–Nova Levante–Collepietra

Tires



Fiè allo Sciliar

Castelrotto

La domanda di ammissione a tempo indeterminato / determinato viene presentata per la seguente persona (ospite):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cognome acquisito \_\_\_\_\_

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  vedova/o  \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Assegno di cura richiesto  no  sì, il \_\_\_\_\_ livello assistenziale\_\_\_\_\_

Titolare di indennità di accompagnamento:  no  sì \_\_\_\_\_

Titolare di analoghe agevolazioni estere  no  sì, quali \_\_\_\_\_

Richiesta di agevolazione tariffaria:  no  sì, il \_\_\_\_\_

## CHIEDE L'AMMISSIONE

a tempo indeterminato nella Residenza per Anziani \_\_\_\_\_

oppure / o a tempo determinato nella Residenza per Anziani \_\_\_\_\_

per il periodo / dal periodo \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tipologia di ricovero desiderato:  stanza singola  stanza doppia

Urgenza dell'ammissione  urgente  non urgente

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara:

- di essere a conoscenza che prima dell'ammissione nella Residenza per Anziani verrà sottoscritto il relativo contratto ospite-struttura;
- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione nella Residenza per anziani previste nella Carta del servizio nella versione attuale;
- di pagare l'intera retta giornaliera o tariffa (tariffa base) o comunque di assicurarne il pagamento;
- la fatturazione inizia con il giorno di ammissione concordato con l'ospite, anche se questo è **precedente** all'effettivo giorno di ammissione nella struttura;
- di essere informato che l'ospite o tutte le altre persone tenute al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 sono informate su un'eventuale partecipazione alla tariffa o sulla possibilità di richiedere un'agevolazione tariffaria in base alla propria situazione economica al Distretto sociale o al Comune competente,
- di essere informato/a che – se necessario – anche i parenti di 1° grado devono provvedere al pagamento della tariffa (tariffa base) in base alla loro situazione economica, secondo quanto previsto dal D.P.G.P. n. 30/2000;
- di essere informato/a del proprio obbligo di informare le persone obbligate al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 e di autorizzare la Residenza per anziani a informare per iscritto i propri familiari circa l'obbligo di pagamento della tariffa (tariffa base) ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000, e di essere disponibile a fornire alla Residenza stessa i dati a tal fine necessari;
- di essere informato/a che, in caso di sopravvenute esigenze particolari di cura e assistenza, potrà essere accolto/a, per il tempo necessario, all'interno della forma di assistenza specifica corrispondente, anche in un'altra residenza per anziani e quindi dimesso/a;
- di aver ricevuto l'informativa sul "trattamento dei dati personali" prevista dalla normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati;
- di essere a conoscenza che sia il giorno di ammissione che quello di dimissione vengono fatturati più un massimo di ulteriori tre giorni dopo quello di uscita dalla struttura, concordati con l'ospite o i suoi familiari, se la stanza non è stata liberata e per tale motivo non è utilizzata né può essere utilizzata per altre ammissioni;
- di essere a conoscenza che la stanza è da liberare entro due giorni dal giorno di dimissione. A scadenza del secondo giorno la struttura può provvedere allo sgombero della stanza;
- di essere a conoscenza che al momento dell'ingresso nella struttura devono essere presentati anche altri documenti;
- di essere a conoscenza che la struttura dispone maggiormente di stanze doppie, pertanto al momento dell'ammissione in stanze doppie è decisivo il sesso della persona già presente.

Al momento della sottoscrizione del contratto, l'ospite o i familiari obbligati alla compartecipazione tariffaria versano una **cauzione**, che corrisponde almeno alla tariffa base mensile stabilita dalla rispettiva Residenza per anziani e che non può superare due mensilità.

La cauzione è di € **2.000,00** e sarà trasferito sul conto del Martinsheim:  
IBAN IT59 E 08056 23100 000300007153

Per la prenotazione di un posto letto a tempo determinato deve essere versata una cauzione di € **300,00** la prenotazione stessa si perfeziona solo a seguito del relativo versamento. La cauzione per la prenotazione è detratta dall'importo della prima fattura. In caso di rinuncia al posto letto, essa verrà rimborsata al più tardi trenta giorni prima del giorno concordato per l'ammissione. Se la rinuncia avviene dopo tale termine, la cauzione verrà rimborsata solo per motivi validi e comprovabili.

fino ad una settimana di permanenza € \_\_\_\_\_  oltre una settimana di permanenza € \_\_\_\_\_

La cauzione verrà rimborsata sul conto della signora / del signor \_\_\_\_\_

IBAN: dell'ospite \_\_\_\_\_

In caso di necessità, la Residenza per anziani si riserva il diritto, previa informativa motivata all'ospite e alla persona di riferimento, di disporre uno spostamento interno di stanza o un trasferimento in un'altra struttura.

#### Parte informativa e persona di riferimento:

I richiedenti che non sono più in grado di decidere e curare i propri interessi necessitano di un tutore, un curatore o un amministratore di sostegno.

La persona di riferimento è l'interlocutore al quale il personale della Residenza per Anziani si rivolge per informazioni e comunicazioni.

#### 1. Persona di riferimento

tutore  curatore  amministratore di sostegno  \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

#### 2. Persona di riferimento

tutore  curatore  amministratore di sostegno  \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Medico di base:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Eventuale medico specialista:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

tutore       curatore       amministratore di sostegno       Persona di riferimento

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La seguente dichiarazione va compilata **solamente** nel caso in cui la persona da accogliere **non sia in grado di firmare per motivi di salute.**

**Dichiarazione ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. n. 445/2000**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**dichiara in qualità di**

- coniuge
- figlio / figlia (in assenza del coniuge)
- parente (in assenza del coniuge e di figli)

che per motivi di salute la persona da accogliere non è temporaneamente in grado di firmare la domanda e le dichiarazioni in essa contenute.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(All'atto della sottoscrizione del contratto ospite-struttura la presente domanda di ammissione e le dichiarazioni in essa contenute devono essere firmate dalla persona da accogliere ovvero dall'amministratore di sostegno, curatore o tutore)

Si consiglia di attivare un ordine permanente (SEPA) per il pagamento delle fatture della Residenza per anziani.

Ordine permanente (SEPA)  SI  NO

Banca: \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Destinatario/a della fattura è:  persona da accogliere  persona di riferimento  \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

**Indirizzo per la consegna della fattura:**

Indirizzo E-Mail: \_\_\_\_\_

**Allegati:**

- valutazione medica (ad es. questionario, referto, certificato)
- copia della tessera personale per l'assistenza sanitaria (cd. libretto sanitario) con eventuale esenzione ticket
- copia di un documento di identità e codice fiscale della persona da accogliere, del sottoscritto/della sottoscritta, dei familiari obbligati al pagamento e della persona di riferimento
- copia della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se nominato)
- certificazione dell'invalidità civile (se certificata)
- copia dell'esito dell'inquadramento in un livello assistenziale o attestazione relativa all'indennità di accompagnamento percepita
- attestazione relativa ad analoghe agevolazioni estere percepite
- Tessera per i presidi protesici
- \_\_\_\_\_

**Allergeni**

- 1 Cereali contenenti glutine
- 2 Crostacei
- 3 Uova
- 4 Pesce
- 5 Arachidi
- 6 Semi di soia
- 7 Latte (incluso il lattosio)
- 8 Frutta a guscio (tutte le noci)
- 9 Sedano
- 10 Senape
- 11 Semi di sesamo
- 12 Diossido di zolfo e solfiti a concentrazioni maggiori di 10 mg/kg o 10 mg/litro riportati come SO<sub>2</sub>
- 13 Lupino
- 14 Molluschi

Prego fare una crocetta su quelle sostanze alle quali l'ospite è allergico oppure intollerante.

## DATI PER LE STATISTICHE

### Motivo dell'ammissione:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Necessità di cure e assistenza               | <input type="checkbox"/> problemi di salute                |
| <input type="checkbox"/> situazione abitativa della persona assistita | <input type="checkbox"/> altri motivi (specificare: _____) |

### Origine (categoria: casa di riposo/casa di cura):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> da un'altra casa di riposo/di cura della<br>provincia | <input type="checkbox"/> altra provenienza (specificare: _____) |
|--|---|

### Riferimento:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> altri servizi sanitari     | <input type="checkbox"/> Medico/Ospedale |
| <input type="checkbox"/> l'assistito                | <input type="checkbox"/> famiglia        |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare: _____) |  |

### Tipo di origine:

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> con altri membri della famiglia                                | <input checked="" type="checkbox"/> appartamento proprio con un assistente infermiera                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Appartamento proprio con servizio di assistenza<br>domiciliare | <input checked="" type="checkbox"/> appartamento proprio senza servizio di assistenza<br>domiciliare |
| <input checked="" type="checkbox"/> famiglia d'origine   | <input checked="" type="checkbox"/> in una struttura residenziale per anziani                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> altro (specificare: _____)                                     |  |

### Disabilità:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> abuso di alcol   | <input type="checkbox"/> altre dipendenze                                     |
| <input type="checkbox"/> disabilità dovuta a lesioni cerebrali<br>traumatiche e ictus | <input type="checkbox"/> doppia diagnosi                                      |
| <input type="checkbox"/> con disabilità fisica  | <input type="checkbox"/> altre forme di disabilità mentale                    |
| <input type="checkbox"/> mongolismo   | <input type="checkbox"/> senza disabilità, handicap o malattia                |
| <input type="checkbox"/> depressione  | <input type="checkbox"/> disturbi nevrotici, da stress e disturbi somatoforme |
| <input type="checkbox"/> disturbi della personalità e del comportamento               | <input type="checkbox"/> non udente   |
| <input type="checkbox"/> parzialmente cieco   | <input type="checkbox"/> cieco  |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare: _____)                                   |   |

**Ingresso nella struttura, impegnativa al pagamento e riferimenti normativi:**

L'assegnazione del posto in struttura avviene in base all'ordine della lista d'attesa. Prima dell'ingresso nella struttura deve essere sottoscritto il contratto "ospite- struttura". Questo contratto definisce i diritti e i doveri delle parti coinvolte e garantisce trasparenza riguardo alle singole prestazioni offerte. La tariffa (tariffa base) a carico della persona assistita e dei suoi nuclei familiari è differente a seconda che si tratti di sistemazione in stanza singola o in stanza doppia. Tale tariffa (tariffa base) viene adeguata annualmente. Le tariffe (tariffe base) in vigore Le vengono comunicate a seguito di semplice richiesta presso l'Amministrazione della Residenza per anziani. Un apposito foglio informativo Le verrà consegnato nel corso del primo incontro o all'atto della presentazione della domanda.

**L'assegno di cura/L'indennità di accompagnamento erogato/a dalla Provincia non viene più corrisposto/a direttamente alla persona assistita a decorrere dal mese successivo all'avvenuta ammissione a tempo indeterminato.**

**Il sottoscritto/La sottoscritta conferma, con la propria firma, di aver ricevuto il citato foglio informativo e di essere stato informato/stata informata in merito ai costi della Residenza per anziani.**

**Si dichiara che la persona da accogliere ha i seguenti familiari obbligati al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 (coniuge o equiparati, figli e genitori) e che questi sono informati circa i loro obblighi.**

**I sottoscritti si obbligano a pagare per intero la tariffa (tariffa base) o a presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o Comune competente e a pagare la tariffa così calcolata.**

Nome e cognome	Data e luogo di nascita	Indirizzo	Numero di telefono	E-Mail	Firma
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Il/La dichiarante è stato informato/stata informata ed è consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modifiche, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Letto, confermato e sottoscritto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La firma deve essere apposta davanti alla persona incaricata, in caso contrario dovrà essere allegata copia di un valido documento di identità del/della dichiarante.

## Impegnativa al pagamento in caso di permanenza determinata:

Signora/Signor:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

si impegna a provvedere al pagamento dei costi di ricovero della signora/del signor \_\_\_\_\_ e dichiara che informerà i familiari obbligati al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 della fruizione del servizio a tempo determinato o semiresidenziale, affinché questi possano eventualmente richiedere un'agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o il Comune competente, secondo quanto previsto dal medesimo decreto.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati, e autorizza la Residenza per anziani all'utilizzo dei dati personali conferiti e/o successivamente acquisiti per scopi istituzionali e organizzativi e in base alle disposizioni di legge. I dati forniti saranno trattati nel rispetto delle disposizioni indicate nel citato regolamento e potranno essere comunicati esclusivamente ad altri enti pubblici obbligati ad accedervi per ragioni istituzionali. Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce il proprio consenso alla comunicazione e diffusione dei dati personali per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Trattamento di categorie particolari di dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, e autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative allo stato di salute:**

a) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce alla Residenza per anziani, ai sensi del precedente paragrafo concernente le disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati, fino a revoca, l'autorizzazione al trattamento di categorie particolari di dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

SÌ

NO

b) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce alla Residenza per anziani, ai sensi del precedente paragrafo concernente le disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati, fino a revoca, l'autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative al proprio stato di salute alle seguenti persone: ad es. familiari/parenti/conoscenti/conviventi/medico della Residenza per anziani o medico di fiducia (nome e cognome, eventuale numero di telefono):

SÌ a:

---

---

---

---

---

---

---

---

NO a:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Informazione circa la presenza dell'ospite nella Residenza per anziani:**

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione a comunicare a terzi la propria presenza nella struttura:

Sì

No

Sì, eccetto a (indicare nome e cognome)

---

---

**Autorizzazione all'esposizione del nome e alla comunicazione della data di nascita:**

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione ad esporre il proprio nome alla porta della propria stanza e a rendere nota la propria data di nascita (età):

Nome

Sì  No

Comunicazione della data di nascita

Sì  No

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI FOTO E REGISTRAZIONI VIDEO:**

Informiamo qui esplicitamente, che da parte di collaboratori autorizzati delle ns. aziende, nel corso di corsi e/o altri eventi, vengono fatte, utilizzate, pubblicate e diffuse foto di gruppo e/o di singoli in forma digitale e tradizionale, nonché registrazioni video dei collaboratori, ospiti delle case di riposo e referenti e che queste riprese e film esclusivamente secondo le attività delle ns. associazioni, come ad es. lavagna informativa, depliant, brochure di pubblicità ed informazioni e pagine internet delle stesse.

**Autorizzazione:**

Il sottoscritto/La sottoscritta conferma di aver preso atto della sopraindicata informazione e conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione all'uso gratuito delle foto e riprese per gli scopi sopraindicati.

Sì

No

---

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**oppure (se pertinente):**

tutore

curatore

amministratore di sostegno

secondo quanto previsto dagli articoli 6 e 9 del Regolamento generale sulla protezione dei dati, firma di chi esercita legalmente la potestà: se la persona da accogliere non è in grado di firmare, il consenso può essere prestato dal tutore, curatore, amministratore di sostegno, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente (partner) o, in loro assenza, dal/dalla responsabile della struttura.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo è stato redatto nel rispetto del linguaggio di genere, fatta eccezione per alcuni termini giuridici riportati solo al maschile. Si fa presente che nella Residenza per anziani \_\_\_\_\_ vige il principio della parità di genere.

La informiamo che il regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati, prevede la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. I dati personali vengono raccolti e trattati da questa Amministrazione esclusivamente per scopi istituzionali.

#### Finalità del trattamento dei dati

La raccolta e il trattamento dei dati personali avvengono nell'ambito della normale attività amministrativa e sono finalizzati allo svolgimento dei compiti istituzionali, tecnico-amministrativi o contabili, ovvero per scopi connessi con l'esercizio dei diritti e delle competenze spettanti ai cittadini e agli amministratori.

#### Trattamento di categorie particolari di dati personali

Il trattamento riguarda anche categorie particolari di dati personali nell'ambito dell'assistenza agli anziani nelle strutture residenziali (dati relativi all'assistenza e cura degli ospiti delle Residenze) ai sensi della seguente normativa: legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, ed in particolare articoli 10 e 11/quarter, nonché la delibera della Giunta provinciale n. 145 del 7 febbraio 2017, e successive modifiche.

#### Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali e/o informatici e telematici e comunque con modalità tali da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

La comunicazione dei dati è obbligatoria ai fini dello svolgimento delle attività istituzionali.

La mancata comunicazione dei dati ha come conseguenza che obblighi di legge possano essere disattesi e/o che l'Amministrazione sia impedita ad adempiere richieste presentate dalle persone interessate.

I dati possono essere comunicati:

a tutti i soggetti giuridici (uffici, enti e organi della pubblica amministrazione, aziende ed istituzioni) obbligati alla conoscenza dei dati ai sensi delle vigenti disposizioni, o che possono venirne a conoscenza, nonché alle persone titolari del diritto di accesso agli atti.

I dati possono essere portati a conoscenza del titolare, dei responsabili, degli incaricati del trattamento dei dati personali e dell'amministratore di sistema di questa Amministrazione.

#### Durata del trattamento e periodo di conservazione

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto giuridico in essere tra le parti e saranno conservati per un periodo di 10 anni, salvo diversa e specifica disposizione normativa.

#### Diritti della persona interessata

Salva diversa disposizione, i diritti della persona interessata ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati sono i seguenti:

- ottenere la conferma dell'esistenza dei dati che la riguardano;
- revocare in qualsiasi momento il proprio consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
- ottenere la comunicazione degli stessi in forma comprensibile;
- richiedere l'indicazione dell'origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- richiedere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali che la riguardano od opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento dei dati;
- proporre reclami a una autorità di controllo.

**Informazioni sul titolare del trattamento dei dati**

Titolare del trattamento dei dati è la scrivente Amministrazione, nella persona del legale rappresentante *pro tempore*. Dati di contatto: **Fondazione Peter Paul Schrott A.P.S.P.**, Via Windegg 2/a, 39050 Nova Ponente  
Tel.: 0471/616529  
Fax: 0471/617109  
E-mail: info@sh-eggental.bz.it  
L-Pec: peterpaulschrott@legalmail.it

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati e seguenti del citato decreto legislativo è: Il direttore/la direttrice *pro tempore*, tel. 0471/616529.

**Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD)**

Dati di contatto: Securexpert srl, via Cappello 22, 39040 Salorno (BZ)  
E-mail dedicata:Stephan.kerschbaumer@ifkconsulting.com

\*\*\*\*\*

**Informazioni sul titolare del trattamento dei dati**

Titolare del trattamento dei dati è la scrivente Amministrazione, nella persona del legale rappresentante *pro tempore*. Dati di contatto: **Fondazione Martinsheim Kastelruth**, Vogelweidergasse, 39040 Castelrotto  
Tel.: 0471/712600  
Fax: 0471/712699  
E-mail: info@martinsheim.net  
L-Pec: info@pec.martinsheim.net

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati e seguenti del citato decreto legislativo è: Dott.ssa Renate Baumgartner, tel. 0471/712600.

**Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD)**

Dati di contatto: PSY-LEX, Vicolo Huben 1, 39030 San Lorenzo di Sebato  
E-mail dedicata: [armin.wieser@psy-lex.com](mailto:armin.wieser@psy-lex.com).

\*\*\*\*\*

**Informazioni sul titolare del trattamento dei dati**

Titolare del trattamento dei dati è la scrivente Amministrazione, nella persona del legale rappresentante *pro tempore*. Dati di contatto: **A.P.S.P. Seniorencentrum Völs am Schiern**, Kartatscherweg 2, 39050 Fiè allo Sciliar  
Tel.: 0471/725033  
Fax: 0471/724256  
E-mail: info@seniorencentrum.it  
L-Pec: seniorencentrum@pec.rolmail.net

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento generale sulla protezione dei dati e seguenti del citato decreto legislativo è: Rag. Kuppelwieser Ulrike, Tel. 0417 725033

**Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD)**

Dati di contatto: Ewico srl, via Buoizzi 12, 39100 Bolzano (BZ)  
E-mail dedicata: info@ewico.com

\*\*\*\*\*

### Informazioni sul titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento dei dati è la scrivente Amministrazione, nella persona del legale rappresentante *pro tempore*. Dati di contatto: Comunità Comprensoriale di Salto-Sciliar, Via Innsbruck 29 , 39100 BOLZANO

Tel: 0471 319400

Fax: 0471 319401

E-mail: [info@ccsaltosciliar.it](mailto:info@ccsaltosciliar.it)

L-Pec: [bzgsaltenschlern.ccsaltosciliar@legalmail.it](mailto:bzgsaltenschlern.ccsaltosciliar@legalmail.it)

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati è: Direttore/direttrice *pro tempore*, tel. 0471 319400.

### Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD)

Dati di contatto: Paulo Recla, Via Borgonuovo 9, 20121 Milano

E-mail dedicata: [p.recla@prlegal.it](mailto:p.recla@prlegal.it); PEC: [paulorecla.dpo@legalmail.it](mailto:paulorecla.dpo@legalmail.it)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### Riservato all'Amministrazione

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, io sottoscritto/a

\_\_\_\_\_, confermo che

- il/la dichiarante ha firmato la domanda in mia presenza
- l'identità del/della dichiarante è stata accertata tramite un valido documento di identità

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'incaricato/a)

Prima dell'ammissione della persona nella struttura, il Comune competente ne deve essere informato.

Nel caso di ammissioni nella Residenza per anziani di persone che prima dell'ammissione risiedevano in Comuni fuori provincia di Bolzano, il Comune competente deve ASSOLUTAMENTE esser informato PRIMA riguardo all'accoglienza, ancora meglio sarebbe chiedere una impegnativa al pagamento da parte dello stesso. Inoltre deve essere preventivamente contattato il Comprensorio sanitario competente.

L'ammissione di persone che non hanno ancora compiuto il 60esimo anno di età, o che non sono in possesso della cittadinanza italiana, deve essere preventivamente concordata con il Servizio sociale (Comunità comprensoriale di Salto-Sciliar) competente.