



All'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ITIS
Segretariato Sociale
Servizio alla persona
Via Pascoli, 31
34129 Trieste

**DOMANDA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA E DI ACCOGLIMENTO IN RESIDENZA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via _____ *(inserire i
dati dell'anziano, salvo il caso di rappresentanza legale o procura notarile in cui vanno inseriti i dati
del rappresentante legale o volontario)*

- ☐ in proprio *(barrare questa ipotesi e compilare i due campi di cui sotto con i dati dell'anziano,
salvo il caso di rappresentanza legale o procura notarile)*
stato civile _____ cittadinanza _____

- ☐ in qualità di rappresentante legale o volontario del/della sig./sig.ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____ in via _____
_____, stato civile _____ cittadinanza _____
*(barrare questa ipotesi in caso di rappresentanza legale o procura notarile e compilare la
sezione con i dati dell'anziano)*

mail _____, telefono _____

CHIEDE

l'accoglimento di _____ *(nome e cognome dell'anziano)*, che necessita
di trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale (ex art. 30.1.b. del DPCM
12.01.2017), presso la struttura residenziale dell'ITIS di via Pascoli 31 ai sensi dell'art. 4 della L.R.
FVG 10/1998 e dell'art. 7 del Decreto del Presidente della Regione n. 144/2015 e ss.mm.ii per
impossibilità di permanenza o rientro a domicilio determinata da presenza di barriere
architettoniche nel domicilio stesso e/o dalla difficoltà di gestione a domicilio da parte della rete
familiare, pur consapevole degli alternativi servizi attivabili a domicilio:

- ☐ con integrazione della retta a carico di _____ *(nome e cognome del
garante)*, in qualità di garante;

- ☐ con integrazione a carico del Comune e, dunque, di poter fruire del contributo previsto dalla
normativa in vigore a titolo di integrazione della retta di accoglimento, non essendo in grado di
provvedere all'intero pagamento della stessa

☐ pratica avviata con _____ ☐ pratica da avviare;

- ☐ tramite amministratore di sostegno con obbligo di rendiconto al Giudice Tutelare.

DICHIARA

di essere a conoscenza che la presente domanda ha validità annuale dalla data di inserimento in
lista d'attesa.

di aver ricevuto il documento contenente:

- copia dell'Accordo contrattuale per l'erogazione di servizi socioassistenziali e sanitari presso
l'A.S.P. ITIS di Trieste, in lettura,
- copia del Foglio Rette aggiornato,
- l'informativa sulle modalità e sulle procedure da seguire ai fini dell'ottenimento dell'ulteriore
aumento dell'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza di cui all'art. 13 della L.R. 10/97,
legato alla situazione economica del beneficiario e del suo nucleo familiare e di averne preso
visione, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole che le
dichiarazioni mendaci, la falsità e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali
previste dall'art. 76 del citato DPR,
- l'informativa per l'eventuale contributo INPS (gestione dipendenti pubblici ex-INDAPT),
- l'informativa sul trattamento preventivo per contrastare il manifestarsi della ectoparassitosi
(scabbia),
- l'informativa su esenzione ticket per l'accesso al Pronto Soccorso,
- il promemoria per la permanenza presso l'A.S.P. ITIS,
- l'informativa sulle visite e il protocollo per l'accesso di familiari e parenti,
- l'informativa sul contributo comunale ad integrazione della retta,

- Carta dei diritti e dei servizi alla persona e Regolamento per l'erogazione dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti;

di dover consegnare prima dell'accoglimento:

- il certificato medico debitamente compilato, firmato e timbrato *oppure*
- nell'ipotesi di accoglimento proveniente da ospedale, RSA o altra struttura, la lettera di dimissioni ospedaliera e il modulo di autorizzazione al trattamento anti scabbia debitamente compilato, firmato e timbrato a cura del medico dell'accogliendo.

Si precisa che l'ASP ITIS si riserva di non procedere all'accoglimento in presenza di situazioni di oggettiva incompatibilità definite dal Servizio alla Persona.

Il sottoscritto:

DELEGA l'ASP ITIS a ritirare per suo conto gli ausili erogati ASU GI (es. carrozzina, deambulatore, materasso ad aria, pannoloni, cateteri etc.) di sua spettanza a decorrere dalla data di accoglimento;

DICHIARA la conoscenza e la piena accettazione dei contenuti della Carta dei diritti e dei servizi dell'ITIS e del Regolamento per l'erogazione dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti;

DICHIARA di provvedere ad informare il/la dott./dott.ssa _____ MMG dell'accoglimento del/della sig./sig.ra _____ presso l'ASP ITIS.

Trieste, _____

Firma del richiedente o del rappresentante legale o volontario _____

Firma del familiare (solo se il richiedente sia impossibilitato a firmare) _____

Dichiarazione del garante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ (*inserire i dati del garante*) dichiara di essere disponibile a garantire la retta per il servizio residenziale erogato a favore di _____ (*nome e cognome dell'anziano*) e consapevole delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 445/00 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione prevista dall'art. 75 del DPR 445/00

DICHIARA

☐ ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 di essere _____ (*indicare il rapporto di coniugio, parentela o affinità con la persona da accogliere*)

☐ ai sensi dell'art. 47 del DPR 44/2000 di essere _____ (*indicare il rapporto con la persona da accogliere, qualora non si tratti di coniugio, parentela o affinità, es: badante, amico/a, vicino/a di casa*)

Firma del garante in caso di integrazione della retta a carico di terzi _____

Allegati: copia carta d'identità del/dei sottoscrittore/i e comunque dell'accogliendo, qualora non sottoscriva la domanda in proprio

INFORMATIVA (breve) TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Al sensi dell'art. 13 del Reg. 679/16 (GDPR) l'ASP ITIS, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati raccolti nel presente modulo saranno trattati per la gestione della richiesta e del procedimento di accoglimento e per la permanenza della persona residente presso l'ASP ITIS, per finalità istituzionali e amministrative nonché per adempiere alle prescrizioni di legge. La base giuridica del trattamento è costituita dall'art. 6 par. 1 lett. B e C nonché dall'art. 9 par 2 lett. H e art. 9 par. 3 del GDPR. Qualora lo desidera, potrà esprimere il consenso a ricevere, via mail e messaggio (ad es. tramite Whatsapp/Telegram e simili), notizie ed informazioni generali e specifiche relative all'Ente (ad es. aperture e chiusure sedi, organizzazione visite, evoluzione situazione generale COVID, novità dall'ente ...). In tal caso la base giuridica del trattamento è data dall'art. 6 par. 1 lett. A del GDPR (consenso). Per informazioni più specifiche sui soggetti terzi che possono venire a conoscenza dei dati, sul termine di conservazione, sui diritti dell'interessato e la modulistica per l'eventuale esercizio, per reperire i dati identificativi e di contatto del DPO nonché per ogni altra informazione in materia di privacy, si invita a consultare l'Informativa privacy completa di accoglienza ospiti disponibile all'interno del sito web istituzionale o presso gli uffici amministrativi.

☐ Acconsento a ricevere notizie ed informazioni generali e specifiche relative all'Ente all'indirizzo mail _____ e messaggio (ad es. tramite Whatsapp/Telegram, ecc) al n. _____ di cui dichiaro di essere titolare e di averne l'accesso esclusivo, secondo canoni di sicurezza adeguati.