

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"SAN GIUSEPPE" DI PRIMIERO**

Viale Marconi, 19 - Pieve
38054 PRIMIERO SAN MARTINO DI CASTROZZA (TN)
Segreteria ☎ (0439) 62371 - fax 📠 (0439) 765399
Infermeria ☎ (0439) 64620 - fax 📠 (0439) 765406
Cod. Fiscale e P.iva 00374850220
e-mail: segreteria@apsp-primiero.net
e-mail certificata: segreteria@pec.apsp-primiero.net
Sito Internet: <https://www.apsp-primiero.net/>

Spettabile Amministrazione
A.P.S.P. "San Giuseppe" di Primiero
Viale Marconi, 19 - Pieve
38054 Primiero San Martino di Castrozza (TN)
segreteria@apsp-primiero.net
segreteria@pec.apsp-primiero.net

Oggetto: **domanda accesso Servizio presa in carico diurna continuativa come pagante in proprio**

Il/la sottoscritto/ain qualità di
..... (interessato – figlio/a – marito/moglie – parente) nato/a
a il e residente a
..... in Via cod. fisc.
.....

CHIEDE CHE

il/la Sig./Sig.ra
nato/a a il e
residente a..... in Via cod.
fisc.....

possa accedere presso al Servizio presa in carico diurna continuativa presso l'ApSP "San Giuseppe" di Primiero

DICHIARA DI

- Di provvedere al pagamento della retta mediante:
 - Versamento tramite PAGOPA
– entro 30 giorni data fattura fine mese
 - ordine permanente a favore dell' APSP "San Giuseppe" di Primiero" presso il seguente Istituto di Credito:
..... Sede in c/c
bancario cod. IBAN
(allegare copia autorizzazione SEPA)
- Si impegna a versare mensilmente la retta che verrà richiesta per la frequenza, in proprio, salvo rivalsa



sugli altri parenti tenute agli alimenti. Dichiaro inoltre che venendo meno all'impegno assunto con la presente si assoggetterà all'applicazione della procedura coattiva stabilita dalla legge rinunciando sin d'ora ad ogni opposizione.

Chiede che eventuali comunicazioni scritte o telefoniche siano inviate alle seguenti persone di riferimento:

NOME COGNOME (REFERENTE)	GRADO DI PARENTELA	RESIDENZA	TELEFONO/ MAIL

Il servizio prescelto è il seguente:

Barrare con una x la durata giornaliera prescelta	Servizio (comprensivo del pranzo)	Bagno assistito		Scelta giornate				
				L	M	M	G	V
	Giornata intera	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No					
	Mezza giornata	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No					

Chiede che l'invio della retta avvenga tramite:

- indirizzo posta ordinaria:
- indirizzo mail:
- a mano all'interessato.

Allega alla presente:

- quadro clinico
- eventuale altra documentazione

NOTE: _____

Si ricorda che l'eventuale disdetta di un giorno di frequenza deve essere comunicata entro le ore 16.00 del giorno antecedente, in caso contrario la giornata verrà comunque addebitata.

Data **Firma per esteso**

Informativa all'interessato in relazione al trattamento dei dati personali art. 13 Regolamento europeo 16/679

I dati forniti verranno trattati in modalità elettronica e cartacea da parte di personale incaricato per dare riscontro alla richiesta ricevuta ed adempiere ad attività strettamente connesse. Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea ed elettronica. Il conferimento è facoltativo ma, in mancanza, il titolare potrà trovarsi nell'impossibilità di dare riscontro in tutto o in parte alla richiesta dell'interessato. I dati raccolti potranno essere comunicati a terzi o diffusi solo nell'adempimento di un obbligo di legge. Titolare del trattamento è l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "San Giuseppe" di Primiero. Responsabile del trattamento sono il Direttore amministrativo per l'area amministrativa e il Coordinatore sanitario per l'area sanitaria. In ogni momento l'interessato potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, rivolgendosi presso i nostri uffici. In sede di ingresso all'interessato verrà fornita idonea informativa

