

Consegna: ☐ a mezzo e-mail ☐ allo sportello (uffici e orari su <http://www.asuit.tn.it/>)

CONTRIBUTO ALLE SPESE DI ASSISTENZA A DOMICILIO PER PERSONA CON LIVELLO ASSISTENZIALE NAMIR
Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 27

Il/La sottoscritto/a _____ sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____
di essere iscritto al Servizio Sanitario Provinciale
di essere residente a _____ via _____
tel. _____ e-mail _____
codice fiscale e _____

CHIEDE

il contributo alle spese di assistenza a domicilio NAMIR

- ☐ per se stesso
☐ per la persona sotto indicata in qualità di esercente la potestà genitoriale, di tutore, curatore o amministratore di sostegno

cognome nome _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ via _____
codice fiscale _____
residente in provincia di Trento iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

DICHIARA

che il beneficiario del contributo:

- ☐ è stato valutato dalla UVM;
☐ non è stato valutato dalla UVM; si allega in tale caso anche la RICHIESTA di VALUTAZIONE ed il CONSENSO INFORMATO;
☐ è iscritto al Servizio Sanitario Provinciale e residente in un comune della PAT da almeno tre anni;
☐ rinuncia al ricovero in un posto letto di RSA/RSO;
☐ comunicherà tempestivamente al Servizio Amministrazione Ospedale Territorio l'eventuale variazione di status che dovesse determinare la perdita del diritto al contributo ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *ricovero in RSA, trasferimento in altro Comune, etc.*

Consapevole della incompatibilità esistente fra il contributo spese di assistenza a domicilio LIVELLO ASSISTENZIALE NAMIR ed l'ASSEGNO di CURA cui alla Legge provinciale 24 luglio 2012, n. 15 **DICHIARA** inoltre che il beneficiario del contributo:

- ☐ non percepisce alla data della presente detto Assegno di Cura ex L.P. 15/2012
☐ percepisce alla data della presente detto Assegno di Cura e quindi - prende atto - che il contributo livello assistenziale NAMIR richiesto non potrà essere attivato prima dell'interruzione dell'Assegno di Cura (primo giorno del mese successivo).
☐ percepisce assegno di accompagnamento d'importo netto mensile pari ad euro _____

Si prega di accreditare il rimborso, qualora ne ricorra il diritto, sul seguente n. di conto corrente:

IT _____

Banca _____ Intestatario _____

se diverso dal beneficiario specificare se tutore, curatore, amministratore di sostegno o esercente la potestà genitoriale del minore
Si allegano i seguenti documenti (**obbligatori ai fini dell'accettazione della domanda**):

☐ altra documentazione _____

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

1. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita ASUIT ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (DPCM 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta Provinciale) in materia di livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
3. I dati personali saranno comunicati all'Istituto Bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri soggetti pubblici come previsto dal regolamento Provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere comunicati inoltre ad altri soggetti pubblici.
4. L'Azienda, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i registri anagrafici comunali ed i CAF.
5. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per ASUIT, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
6. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
7. I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal manuale di gestione degli archivi disponibile nel sito ASUIT
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@asuit.tn.it.
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione Ospedale Territorio competente per funzione o per residenza dell'assistito.
11. L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it
12. L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

DATA

FIRMA

con la firma apposta in calce alla domanda si attesta di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679.

Informazioni ai sensi del DPR 445/2000

Se l'interessato è minore firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (art. 5). Se l'interessato è interdetto/inabilitato firma il tutore/curatore (art. 5). Nel caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute può firmare il coniuge, o, in sua assenza, il figlio, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (art. 4). Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000). Si rende noto che l'istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000.

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto.
- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

VALUTAZIONE UVM – SEZIONE RISERVATA ASUIT

Si attesta che a seguito valutazione UVM avvenuta in data [redacted] e sulla scorta della documentazione clinica disponibile agli atti, il/la Signor/a [redacted] nata a [redacted] il [redacted]

- ☐ **è in possesso** dei requisiti clinico – sanitari previsti da disposizioni provinciali ed aziendali,
☐ **non è in possesso** dei requisiti clinico – sanitari previsti da disposizioni provinciali ed aziendali,
che consentono di procedere all'erogazione del contributo richiesto.

Data Attestazione

[redacted]

Il Coordinatore della UVM
(Timbro e Firma)

[redacted]