

**DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**RESIDENTI REGIONE LOMBARDIA**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ACCOGLIMENTO DI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_  
 Stato Civile \_\_\_\_\_ Invalidità \_\_\_\_\_ % Ind. Accompagnamento ☐ Si ☐ No

**IN POSTO LETTO ACCREDITATO A CONTRATTO**

	<b>Retta giornaliera</b>	<b>Deposito cauzionale</b>
<b>RICOVERO ORDINARIO</b>		
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato (min. 90 gg) .....	€ 72,00	€ 2.200,00
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg) .....	€ 78,00	
<input type="checkbox"/> <i>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</i> .....	€ 10,00	
<b>NUCLEO ALZHEIMER</b>		
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato (min. 90 gg) .....	€ 78,00	€ 2.400,00
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg) .....	€ 84,00	
<input type="checkbox"/> <i>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</i> .....	€ 10,00	

**IN POSTO LETTO PRIVATO**

	<b>Retta giornaliera</b>	<b>Deposito cauzionale</b>
<b>ACCREDITATO</b>		
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato (min. 90 gg) .....	€ 91,00	€ 2.800,00
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg) .....	€ 97,00	
<input type="checkbox"/> <i>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</i> .....	€ 10,00	
<b>AUTORIZZATO DI SOLLIEVO</b> <i>[Ricoveri temporanei per mancanza rete di supporto]</i>		
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 60 gg, prorogabile a 90 gg) .....	€ 94,00	€ 2.800,00
<input type="checkbox"/> <i>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</i> .....	€ 10,00	

Provenienza:

<input type="checkbox"/> Dal domicilio	<input type="checkbox"/> Da altra RSA	<input type="checkbox"/> Da Ospedale	<input type="checkbox"/> Da IDR

**Allegati alla domanda:**

- ☐ Dichiarazione impegno di spesa
- ☐ Scheda Clinica Informativa e Ucla

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

<b>Estratto della Carta dei Servizi _ Condizioni generali di pagamento della retta e dei servizi aggiuntivi</b>
---

- L'ingresso in struttura è subordinato al versamento preliminare di un deposito cauzionale fruttifero
- La retta decorre dalla data di ingresso
- La retta è fatturata per mese di competenza e deve essere pagata come di seguito descritto:
  - La retta afferente al mese d'ingresso deve essere pagata entro 5 giorni dall'emissione della fattura mediante bonifico bancario
  - Per i mesi successivi, Fondazione emetterà entro i primi giorni di ogni mese regolare fattura avente ad oggetto l'ammontare della retta relativa al mese di competenza e i costi dei servizi aggiuntivi esclusi dalla retta relativi al mese precedente. Il pagamento deve essere effettuato entro il giorno 15 del mese di pertinenza preferibilmente mediante addebito sul conto corrente o, in caso di impossibilità, bonifico bancario
- La retta è dovuta per l'intero periodo minimo di permanenza previsto dal contratto sottoscritto
- Ai fini del mantenimento del posto letto, la retta è dovuta anche in caso di assenza

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Firmatario della domanda di ingresso per il/la sig./ra \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di accettare le "Condizioni generali di pagamento della retta e dei servizi aggiuntivi" e di prendere visione delle condizioni complete riportate nella Carta dei Servizi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE IMPEGNO DI SPESA

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Firmatario della domanda di ingresso per il/la sig./ra \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- ☐ di impegnarsi  
☐ di non impegnarsi

al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (anche ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) nonché al versamento del deposito cauzionale con le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi e riportati sinteticamente anche nel presente modulo di domanda.

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

### E

**di indicare le seguenti altre persone /Enti obbligati al pagamento della retta:**

✱ Signor/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (anche ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) nonché al versamento del deposito cauzionale con le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi e riportati sinteticamente anche nel presente modulo di domanda.

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

✱ Il Comune di \_\_\_\_\_  
Nella persona del \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Con atto \_\_\_\_\_ che sarà allegato al Contratto d'Ingresso

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione nonché al versamento del deposito cauzionale con le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi e riportati sinteticamente anche nel presente modulo di domanda.

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

### I pagamenti possono essere effettuati:

- Mediante addebito diretto Sepa sul conto corrente
- Mediante bonifico bancario a favore della Fondazione utilizzando il seguente codice IBAN:

IT 02 Z 01030 57960 000010101075  
(Banca M.P.S. Ag. Schivenoglia)

## **INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile utente, in relazione al suo ingresso in struttura, di seguito sono riportate alcune informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuate dalla Fondazione Scarpari Forattini, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

### **BASE GIURIDICA e FINALITÀ del TRATTAMENTO**

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ai sensi della D.G.R. Lombardia 2569/2014 nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Il trattamento dei dati è finalizzato alla assistenza sociosanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed alla ATS competente.

I Suoi dati personali comuni (es. dati anagrafici, codice fiscale, tessera sanitaria, recapito telefonico ecc.) e particolari, ossia relativi allo stato di salute, sono trattati, cioè utilizzati, secondo i principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità, trasparenza e non eccedenza, rispetto agli scopi per i quali sono raccolti, ai sensi dell'art.9 co.2 lett.h) del Reg.UE 16/679 ed il **suo consenso sarà implicito nella richiesta di servizio**.

**Ulteriori trattamenti** dei Suoi dati personali, che potrebbero presentare rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità degli interessati, saranno effettuati, in conformità alle leggi e ai regolamenti, previa ulteriore nota informativa e, dove richiesto, previo rilascio di specifico consenso quando necessario come ad esempio nel caso di trattamenti ai fini di implementazione del Dossier Sanitario Elettronico.

### **DIRITTI DELL' INTERESSATO e RECLAMO**

La normativa vigente Le conferisce il diritto di esercizio di specifici diritti, di cui agli artt.15-22 del GDPR, in qualità di interessato, previa **richiesta scritta**, rivolta al Titolare. I diritti Le permettono di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati che La riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati, o l'oscuramento se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; richiedere la trasmissione dei propri dati personali ad un'altra struttura sanitaria in formato leggibile con le più comuni applicazioni informatiche (c.d. portabilità dei dati); opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che La riguardano nei limiti delle leggi vigenti.

Le ricordiamo che in caso di violazione dei suoi dati personali potrà proporre un reclamo all'autorità italiana competente: "Garante per la protezione dei dati personali" ed anche ad una autorità di controllo europea nei casi consentiti ai sensi dell'art.77.

### **CONTATTI E RICHIESTE**

#### Contatti del Titolare:

Fondazione Scarpari Forattini

Via Garibaldi n.25 – 46020 Schivenoglia (MN)

Tel. 0386/58121 – e-mail: [info@scarpari.it](mailto:info@scarpari.it) – Pec: [scarpari@messaggipec.it](mailto:scarpari@messaggipec.it)

#### Contatti del Resp. della Protezione Dati del Titolare:

AMADORI MAIDE

e-mail: [maide.amadori@studioaaa.it](mailto:maide.amadori@studioaaa.it)

Pec: [maide.amadori@pec.studioaaa.it](mailto:maide.amadori@pec.studioaaa.it)

**INFORMATIVA ESTESA PRESSO SITO WEB:** [www.scarpari.it](http://www.scarpari.it)