

**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](mailto:segreteria@apsp-primiero.net)  
Posta elettronica certificata: [segreteria@pec.apsp-primiero.net](mailto:segreteria@pec.apsp-primiero.net)  
Sito Internet: <https://www.apsp-primiero.net/>



Spettabile  
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "San  
Giuseppe" di Primiero  
Viale Marconi n.19  
**38054 PRIMIERO**  
**SAN MARTINO DI CASTROZZA (TN)**

**OGGETTO: domanda d'ammissione RSA per posti non autosufficienti non convenzionati  
Apss - paganti in proprio**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico: tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**OPPURE**

Il/La  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_  
(esercitante legalmente la potestà, familiare, prossimo congiunto, convivente o responsabile della struttura)  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere accolto quale residente non autosufficiente in posto letto non convenzionato Apss

**OPPURE**

l'ammissione del/della Sig./a \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ stato  
civile \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**



- di impegnarsi al pagamento della tariffa sotto specificata in relazione alla provenienza, al periodo di permanenza presso la RSA dell'Azienda e alla stanza assegnata:

<b>TIPOLOGIA POSTO LETTO</b>	<b>DOPPIA</b>	<b>SINGOLA</b>
<b>RETTE NON AUTOSUFFICIENTI FUORI PAT (QUOTA SANITARIA E ALBERGHIERA)</b>	<b>€ 120,73</b>	<b>€ 130,23</b>
<b>RETTE NON AUTOSUFFICIENTI VALLI DI PRIMIERO E VANOI (SENZA ACCESSO UVM)</b>	<b>€ 75,60</b>	<b>€ 85,10</b>
<b>RETTE NON AUTOSUFFICIENTI SENZA RESIDENZA IN VALLI DI PRIMIERO E VANOI (con permanenza di due mesi continuativi)</b>	<b>€ 87,10</b>	<b>€ 96,60</b>

### ALLEGA

- la seguente documentazione:
- Scheda di valutazione cognitiva e funzionale
  - Scheda di valutazione sanitaria
  - Il modulo di Consenso per la valutazione della domanda, previa acquisizione da parte dell'Azienda dell'informativa al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Eventuali comunicazioni scritte e/o telefoniche dovranno essere inviate al seguente indirizzo:**

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

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

