



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREQUANDA

**Modello di domanda per richiesta inserimento  
in R.S.A. in forma privata**

All' A.P.S.P. Istituto Maria Redditi  
(Per invio mezzo e-mail: [info@istitutoredediti.it](mailto:info@istitutoredediti.it) )  
(oppure inserisca il Modello nel Forum nella sezione *Modulistica*,  
<https://www.istitutoredediti.it/> )

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici: \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

VISTE le condizioni di cui all'Allegato 1 al seguente modello di domanda;

**CHIEDE**

In qualità di \_\_\_\_\_ (indicare il grado di parentela) dell'ANZIANO/A  
Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In condizione di accertata Non autosufficienza

Richiede l'inserimento in forma :

[ ] temporanea, indicativamente per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

[ ] permanente a decorrere dal \_\_\_\_\_

**ALLO SCOPO DICHIARA CHE:**

A) L'anziano/a risulta già inserito/a nella Graduatoria delle Aziende U.S.L. della Regione  
Toscana per i posti convenzionati in R.S.A. SI [ ] NO [ ]

B) L'anziano/a vive attualmente: [ ] SOLO/a [ ] convive con il nucleo familiare di :

\_\_\_\_\_

**C) Dichiaro altresì che l'inserimento in RSA viene richiesto per le seguenti motivazioni:**

per condizioni di effettive difficoltà sociali, assistenziali, sanitarie che riguardano direttamente l'anziano/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

per oggettive difficoltà di accudimento dell'anziano/a nel proprio domicilio anche temporanee determinate da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

si impegna a produrre copia della documentazione sanitaria necessaria per garantire gli interventi di assistenza e segnalare contestualmente all'inserimento il nominativo del Medico di Medicina Generale (Medico di famiglia) che dovrà garantire presso la struttura la propria prestazione quando necessaria.

Dichiaro che il/la Sottoscritta \_\_\_\_\_ è referente dell'anziano/a per il quale si formula la presente domanda, nei rapporti economici e generali con cd. Azienda.

Dichiaro di aver preso visione delle determinazioni relativamente alle rette a carico degli utenti in vigore presso le RR.SS.AA. dell'Istituto Maria Redditi, descritte nel modulo in allegato.

Lì \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_



**ALLEGATO 1**

**RETTA QUOTA UNICA SOCIALE/SANITARIA**

**Dal 1.01.2026 al 31.12.2026**

<b>Quota unica R.S.A. "non autosufficienti"</b>	<b>€. 85,00</b>	<b>Posti residenziali non compresi nella Convenzione con USL e per i quali non viene riconosciuta all'Azienda l'integrazione della quota sanitaria</b>
---	-----------------	--

**1. VERSAMENTO CAUZIONE PER I NUOVI INGRESSI**

- a) La Cauzione deve essere versata contestualmente all'ingresso dell'ospite con le seguenti modalità: mediante Bonifico bancario intestato a AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "ISTITUTO MARIA REDDITI c/o Banca Cras, Credito Cooperativo Toscano, ubicata in Via Trento n. 1 – Sinalunga – con il seguente codice IBAN IT44F0707572040000000011667.
- b) Il mancato pagamento della cauzione comporta la revoca dell'inserimento programmato.
- c) Entità della Cauzione:
  - Per ricoveri temporanei superiori ai 30 gg. la cauzione è fissata in €. 2.550,00(pari alla quota giornaliera per 30 gg.).
  - Per ricoveri temporanei non superiori ai 30 gg la cauzione è fissata nell'importo di €. 1.275,00 (pari alla metà della quota di cui sopra).

**2. MODALITA' DETERMINAZIONE E PAGAMENTO RETTA UNICA - QUOTA SOCIALE/SANITARIA**

- a) Il pagamento della retta giornaliera è dovuto sia per il giorno dell'ingresso che per quello di uscita a prescindere, dagli orari in cui il movimento di accoglienza /dimissione dell'Ospite venga effettuato;
- b) Il pagamento della quota giornaliera è dovuto anche nei giorni di eventuale ricovero in ospedale dell'Ospite in quanto la Struttura garantisce il mantenimento del posto letto a prescindere dalla sua temporanea assenza;
- c) Il pagamento delle fatture deve essere effettuato con le seguenti modalità: Bonifico bancario intestato a AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "ISTITUTO MARIA REDDITI c/o Banca Cras, Credito Cooperativo Toscano, ubicata in Via Trento n. 1 – Sinalunga – con il seguente codice IBAN IT44F0707572040000000011667.
- d) Le fatture relative alla retta unica sono esenti da IVA e sono soggetti all'Imposta di bollo di € 2,00.

**3. FARMACI**

I farmaci devono essere prescritti dal Medico di Medicina Generale (Medico di Famiglia). Qualora le prescrizioni si riferiscono a farmaci soggetti a pagamento (non coperti da esenzione del Servizio Sanitario Nazionale) l'acquisito viene garantito tramite la Farmacia Comunale di Sinalunga gestita dall'Azienda con emissione di regolare fattura mensile da regolarizzare con le stesse modalità previste per la retta mensile.

**4. MATERIALI e AUSILI SANITARI**

L'ospite che, al momento dell'inserimento temporaneo, usufruisce da parte del Servizio Sanitario Nazionale della fornitura di materiale di assorbimento (pannolini) o di altri ausili sanitari per

patologie riconosciute (es. diabetici), mantiene tale diritto ed i materiali devono essere messi a disposizione degli operatori della struttura, che provvederanno a dare le necessarie informazioni. Nella retta unica sono compresi tutti i servizi sociali e sanitari garantiti in una R.S.A. (residenza sanitaria assistenziale) dalle norme regionali e dalla Carta dei Servizi dell'Azienda in relazione al "Piano assistenziale Individuale" predisposto per ciascun ospite.

**Il richiedente l'inserimento, Sig./ra \_\_\_\_\_  
sottoscrive le predette condizioni in segno di accettazione.**

Lì \_\_\_\_\_

**FIRMA per presa d'atto e accettazione**

\_\_\_\_\_

## **ALLEGATO 2**

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (secondo quanto disposto dall'Informativa di cui all'Allegato A)**

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

### **TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento APSP Istituto Maria Redditi secondo le finalità riportate di seguito:  
Servizi sociali e di assistenza

### **FINALITÀ PER LE QUALI NON È RICHIESTO CONSENSO**

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:

**Servizi sociali e di assistenza**

### **CONDIZIONI PER CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI**

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Stato di salute (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie pregresse (Dati relativi alla salute)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche

Località e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_