

Spett.le ASP-MONTEVARCHI

Via Pascoli 45

52025 Montevarchi (AR)

direttore@asp-montevarchi.com

segreteria@asp-montevarchi.com

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA "ASP-MONTEVARCHI"

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in (indicare città e indirizzo) _____

Telefono _____ cell _____

e-mail _____

CHIEDE

L'ammissione presso la RSA "ASP-MONTEVARCHI"

☐ **per Sé stesso/a**

☐ **del/la Sig/ra** _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a (indicare città e indirizzo) _____

Telefono _____ cell _____

e-mail _____

Nella sua qualità di: (specificare se il firmatario è Amministratore di Sostegno dell'interessato oppure il grado di parentela con il medesimo)

E DICHIARA

Che il/la Sig/ra interessato/a al ricovero in RSA:

☐ **è in possesso del voucher di autorizzazione all'ingresso in RSA** per il periodo dal _____

_____ al _____ ovvero a tempo indeterminato, rilasciato dalla Az. USL

_____ in data _____, n. pratica _____;

Ovvero

☐ **NON è in possesso del voucher di autorizzazione all'ingresso in RSA e pertanto la presente richiesta viene avanzata a titolo privato**

E

- ☐ NON ha presentato domanda al PUNTOINSIEME oppure la domanda non è stata accolta;
- ☐ ha presentato domanda al PUNTOINSIEME in data _____;
- ☐ è in possesso del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP), n. pratica _____ del _____ ed è in attesa del rilascio del voucher di autorizzazione;

(da compilare SOLO SE NON si è in possesso del voucher di autorizzazione)

Il ricovero per la persona suddetta viene richiesto per:

- ☐ **un periodo continuativo**, in via definitiva (facendo comunque salva la facoltà di lasciare in ogni momento la Residenza, nelle modalità indicate nel Regolamento Interno di ASP-Montevarchi), preferibilmente a far data dal _____;
- ☐ **un periodo temporaneo**, possibilmente dal _____ al _____;

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA

- 1) a pagare, per conto del suddetto, la retta di ospitalità presso la RSA (ex Casa di Riposo) nella misura di volta in volta determinata da ASP-Montevarchi ed a sottoscrivere apposito contratto di ingresso con quest'ultima, disciplinante gli obblighi ed impegni reciproci fra le parti conseguenti all'accoglimento nella RSA.
- 2) a fornire al personale della Struttura tutte le informazioni richieste in merito al sig./ra _____, utili ai fini dell'ingresso ed alla migliore organizzazione di vita all'interno della Struttura, in caso di accoglimento della presente domanda.

Il sottoscritto, per nome e per conto del Sig./ra _____ dichiara di accettare le condizioni di ospitalità ed i servizi offerti all'interno della ASP - MONTEVARCHI, così come le disposizioni ed i criteri organizzativi, dei quali si dichiara a conoscenza.

_____, li _____

IN FEDE

La firma è obbligatoria. Le domande non sottoscritte non saranno prese in considerazione. La domanda deve essere **completa** e i dati devono essere **veritieri**. Per una guida completa alla compilazione si seguano le istruzioni riportate nel paragrafo "Istruzioni per la compilazione". Il personale amministrativo si riserva di verificare le informazioni dichiarate, anche tramite intervista telefonica o via e-mail.

Gentile utente,

A.S.P. Montevarchi, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, la informa che, in relazione ai rapporti da lei intrapresi con la nostra società, i dati da lei spontaneamente forniti verranno trattati nei limiti della normativa sulla privacy e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, vi informiamo di quanto segue:

Base giuridica del trattamento

La base giuridica del trattamento per le finalità di cura e assistenza trova fondamento nell'art. 6 comma 1 lettere b), c) e d) e nell'art. 9 par. 2 lettera h) del Regolamento UE 2016/679, in quanto i trattamenti sono necessari per la gestione dei servizi e della salute degli interessati e sono effettuati da o sotto la responsabilità di un professionista sanitario soggetto al segreto professionale.

La base giuridica per l'istituzione e la gestione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) e l'inserimento di dati pregressi o di dati soggetti a maggiore tutela trova fondamento nell'art. 9, par. 2, lettera a) del Regolamento (consenso esplicito) e nella Linea Guida del Garante in relazione al Dossier Sanitario Elettronico del 04/06/2015.

Dati raccolti

Sono richiesti i seguenti dati: nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale e indirizzo di residenza, telefono, e-mail. Sono richiesti anche dati circa lo stato di salute in relazione al servizio di somministrazione farmaci e terapie e preferenze alimentari oltre che scelte etiche e religiose al fine di erogare i servizi idonei.

Inoltre, sarà gestito, anche attraverso i Responsabili Esterni del trattamento da noi individuati, il Dossier Sanitario Elettronico, in cui è riportata la sua storia clinica e le informazioni sanitarie e assistenziali che la riguardano.

Infine, in caso di suo espresso assenso saranno trattati i dati relativi ai farmaci da lei acquistati ed in particolare i dati relativi alle ricette somministrate dal suo medico e ai dati di acquisto dei farmaci stessi oltre che i dati relativi alla farmacia di riferimento convenzionata con la nostra struttura.

Soggetti del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali da voi forniti è A.S.P. Montevarchi, con sede legale in Via Pascoli 45 Montevarchi (AR). Dati di contatto: tel. +39 055/980340 oppure per e-mail casariposo@asp-montevarchi.com. Il Responsabile Protezione Dati, individuato nel professionista Fabrizio Torrini che è contattabile all'indirizzo privacy@sicules.it.

I vostri dati potranno essere comunicati a Responsabili del trattamento ai sensi dell'Art. 28 del GDPR per le attività di gestione amministrativa, contabile, assicurativa, per i trattamenti sanitari e di assistenza alla persona, per la somministrazione di pasti e servizi e per la tutela della vostra salute e sicurezza.

L'elenco dei Responsabili del trattamento e i relativi dati di contatto sono disponibili presso la sede della nostra organizzazione e potrà prenderne visione previa richiesta al Titolare del trattamento.

In particolare, per quel che riguarda i dati relativi ai trattamenti sanitari, assistenziali e di cura della persona, i dati saranno trattati dal Responsabile esterno CO&SO Consorzio di Coop. Sociali – Soc. Coop. Sociale, con sede legale in via Valdipesa, 1/4 Firenze (FI), anche attraverso lo strumento del Dossier Sanitario Elettronico. A tal fine la CO&SO Consorzio di coop. Sociali – Soc. Coop. Sociale le proporrà uno specifico consenso informato.

Finalità e modalità del trattamento

I dati personali saranno trattati sulla base del rapporto contrattuale accettato in fase di iscrizione – ingresso nella struttura, nonché eventualmente anche in base all'interesse legittimo del Titolare e/o per adempiere ad un obbligo di legge. Inoltre, i vostri dati personali potranno essere trattati per specifiche finalità indicate dagli enti pubblici di riferimento e sempre nel rispetto della vostra tutela. Si precisa che il trattamento è effettuato nel rispetto dei principi generali di trasparenza, correttezza e non eccedenza di cui all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679 e che i dati saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento delle attività qui indicate.

I dati cosiddetti "particolari", in maniera specifica quelli inerenti il vostro stato di salute e le scelte etiche, religiose e alimentari, sono comunicati dall'interessato nel caso in cui richieda di avere particolari servizi e gestiti esclusivamente per tutelare la vostra salute durante le attività svolte in A.S.P.

Si precisa che i dati sono trattati con o senza l'ausilio di strumenti elettronici; in quest'ultima ipotesi, i sistemi informatici sono dotati, in adempimento delle disposizioni del Capo IV del Regolamento (UE) 2016/679, di misure di sicurezza atte a prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati.

È in ogni caso esclusa totalmente la diffusione dei vostri dati salvo qualora richiesto da una norma di Legge o di Regolamento ovvero per forza di normativa Comunitaria o per ottemperare a richieste da parte degli organi pubblici di vigilanza.

Finalità del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) e Modalità del trattamento

Il DSE costituisce un trattamento di dati personali specifico e facoltativo, distinto dal trattamento dei dati per la cura generale dell'ospite della struttura. Il DSE è finalizzato a costituire un insieme di informazioni personali (storia sanitaria) riguardanti l'interessato, il più possibile completo, al fine di migliorare il processo di cura attraverso un accesso integrato di tali informazioni da parte del personale sanitario coinvolto.

I dati sanitari saranno trattati:

1. Esclusivamente dal personale sanitario e OSS che interviene nel processo di cura del paziente.
2. In modo da garantire il principio di minimizzazione dei dati: l'accesso al DSE e ai dati storici è limitato alla «profondità» strettamente indispensabile per svolgere i compiti specifici.
3. Il personale amministrativo è autorizzato a consultare unicamente le informazioni indispensabili per le proprie funzioni correlate alla cura, con specifiche limitazioni alla profondità di accesso per prevenire la consultazione di contenuti clinici non necessari.

Misure tecniche e di sicurezza per il DSE (Art. 32 GDPR)

Al fine di garantire l'integrità e la riservatezza del DSE (Art. 5, par. 1, lett. f)), sono adottate le seguenti misure tecniche e organizzative:

1. Profili di Autorizzazione: Sono attribuiti profili di abilitazione e autorizzazione al dossier differenziati in base alle diverse mansioni svolte e alle connesse attività di trattamento, secondo il principio di protezione dei dati fin dalla progettazione (Art. 25 Regolamento).
2. Tracciabilità degli accessi (Log): Il Titolare implementa procedure che prevedano la registrazione automatica in appositi file di log di tutti gli accessi effettuati sul dossier e delle operazioni compiute. I file di log registrano almeno: il codice identificativo del soggetto che ha effettuato l'accesso, la data e l'ora di esecuzione, il codice della postazione di lavoro utilizzata, l'identificativo del paziente e la tipologia dell'operazione.
3. Conservazione dei Log: I file di log relativi agli accessi al DSE sono conservati per un periodo non inferiore a 24 mesi dalla data dell'operazione registrata.
4. Sistema di Alert: Sono attivati specifici sistemi di alert volti a individuare tempestivamente comportamenti anomali o a rischio relativi alle operazioni eseguite dai soggetti autorizzati (es. numero, tipologia o ambito temporale degli accessi).

Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati da ASP-Montevarchi, conformemente ai principi di cui all'art. 5 Regolamento (UE) 2016/679, per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità e con specifico riguardo al principio di limitazione della conservazione di cui all'art. 5, lett. e), Regolamento (UE) 2016/679. I vostri dati anagrafici sono conservati 10 anni per quel che riguarda gli aspetti amministrativi e contabili. Per 5 anni per quel che riguarda diete e scelte alimentari. I file Log delle connessioni via computer sono conservati per 60 giorni. I file di log relativi agli accessi al Dossier Sanitario Elettronico sono conservati per un periodo non inferiore a 24 mesi. I dati anagrafici, terapeutici e di fine vita sono conservati in maniera perpetua nel rispetto delle norme vigenti.

Natura del conferimento dei dati

La natura del conferimento dei dati personali per le finalità di cura e amministrative correlate alla cura è da ritenersi obbligatoria. L'eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di svolgere le operazioni necessarie ad instaurare il rapporto tra l'utente dei servizi e ASP-Montevarchi e per eseguire gli adempimenti imposti dalla Legge.

Il rifiuto rende inoltre impossibile alla nostra società la corretta gestione amministrativa e l'erogazione dei servizi nel rispetto della vostra sicurezza e salute, necessaria per eseguire gli adempimenti imposti dalla Legge e per l'erogazione del servizio stesso.

Si precisa che il consenso alla costituzione e all'alimentazione del Dossier Sanitario Elettronico è facoltativo. L'eventuale rifiuto al trattamento dei dati personali tramite DSE non determina conseguenze pregiudizievoli rispetto all'erogazione della prestazione sanitaria richiesta. In caso di rifiuto, i dati sanitari resteranno disponibili solo al professionista che li ha redatti.

Diritti dell'interessato

Il soggetto cui si riferiscono i dati personali ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, portabilità) e quindi di chiedere al titolare del trattamento:

- l'origine dei dati contenuti nel dossier e nella documentazione in nostro possesso,
- l'accesso ai dati personali e la rettifica degli stessi,
- la cancellazione degli stessi, ovvero la loro trasformazione in forma anonima,
- la limitazione del trattamento, l'oscuramento, anche parziale, dei dati conferiti,
- l'opposizione al loro trattamento,

- la portabilità dei dati, in formato elettronico comune, verso qualunque soggetto da lei espressamente indicato.

Diritti dell'interessato relativi al DSE

Oltre ai diritti previsti dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, portabilità), l'interessato ha specifici diritti relativi al Dossier Sanitario Elettronico:

1. **Diritto di Oscuramento:** L'interessato ha la possibilità di richiedere l'oscuramento (anche parziale) di alcuni dati o documenti sanitari consultabili tramite il dossier. L'oscuramento deve avvenire in modo tale che i soggetti autorizzati ad accedere al dossier non vengano a conoscenza dell'oscuramento stesso (c.d. "oscuramento dell'oscuramento"). Le informazioni oscurate rimangono comunque disponibili al professionista sanitario o alla struttura interna che le ha raccolte o elaborate.
2. **Diritto di Revoca del Consenso:** L'interessato può revocare in qualsiasi momento il consenso all'implementazione del DSE. La revoca comporta che il dossier non potrà più essere implementato in futuro.
3. **Diritto di Visione degli Accessi:** L'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento quali siano stati gli accessi eseguiti sul proprio dossier, con l'indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, nonché della data e dell'ora dello stesso. Il Titolare deve fornire riscontro a tale richiesta entro 15 giorni (o 30 giorni in caso di particolare complessità).

Inoltre, ha diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo. Tali diritti sono esercitabili scrivendo al Titolare del trattamento dati a casariposo@asp-montevarchi.com.

Trasferimento dei dati all'estero

I vostri dati personali non saranno oggetto di trasferimento verso paesi extra europei o verso Organizzazioni internazionali.

Consenso dell'Interessato al trattamento di propri dati personali e particolari

Il sottoscritto presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e particolari, ai fini dell'erogazione del servizio da parte di ASP Montevarchi per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nel rapporto contrattuale di cui questo documento fa parte integrante.

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

Il sottoscritto presta il consenso alla comunicazione dei propri dati personali e particolari, particolarmente relativi al proprio stato di salute ai soggetti in elenco da me espressamente autorizzati:

- al/la Dott./ssa (nome e cognome e recapito)
- al/la Sig./ra (parenti o altro soggetto di interesse dell'interessato)
- al/la Sig./ra (parenti o altro soggetto di interesse dell'interessato)
- al/la Sig./ra (parenti o altro soggetto di interesse dell'interessato)

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

Il sottoscritto presta il consenso ad essere accompagnata/o in eventuali uscite fuori dalla struttura dai soggetti in elenco da me espressamente autorizzati:

- al/la Sig./ra (parenti o altro soggetto di interesse dell'interessato)
- al/la Sig./ra (parenti o altro soggetto di interesse dell'interessato)
- al/la Sig./ra (parenti o altro soggetto di interesse dell'interessato)

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

Io sottoscritto/a presto il consenso all'esposizione del mio nome e della mia fotografia nella targa fuori dalla camera.

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

Io sottoscritto/a presto il consenso all'esposizione del mio nome e della mia fotografia su procedure assistenziali criptate sulla testata del letto.

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

Il sottoscritto presta il consenso all'effettuazione di riprese video o fotografiche che lo/a ritraggono in occasione di eventi, feste, o momenti di animazione e alla loro affissione in bacheca o alla loro diffusione con altri mezzi, compresi quelli telematici.

I dati personali – ivi comprese le immagini e le riprese visive e/o audio – potranno altresì essere pubblicate, trasmesse, comunicate e/o diffuse su qualsiasi mezzo e/o piattaforma (web, tv carta stampata, ecc.), inclusi, a titolo esemplificativo, il sito web, i canali e pagine social (Facebook, Twitter, Instagram, ecc.), YouTube, ecc.;

Il trattamento è svolto dal titolare e dai designati e responsabili espressamente autorizzati dal titolare.

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

Il sottoscritto presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e particolari, ai fini dell'erogazione del servizio da parte di ASP Montevarchi di acquisto per vostro conto di farmaci, servizio che viene effettuato esclusivamente presso le farmacie convenzionate con ASP Montevarchi stessa, previa vostra autorizzazione ai sensi art. 9 C. 2 a), h).

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

Consensi Specifici e Facoltativi Relativi al Dossier Sanitario Elettronico (DSE)

Il paziente è consapevole che il rifiuto a prestare i seguenti consensi relativi al DSE non pregiudica l'erogazione delle cure e delle prestazioni sanitarie richieste.

Il sottoscritto presta il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico e all'inserimento nel dossier di dati a me riferibili prodotti nell'ambito del rapporto con ASP Montevarchi ed in particolare:

1. Alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE): Alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico e all'inserimento nel dossier di tutti i dati a me riferibili prodotti nell'ambito del rapporto con ASP Montevarchi.

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

2. All'inserimento di Eventi Sanitari Pregressi: All'inserimento nel DSE di informazioni relative a prestazioni sanitarie erogate precedentemente alla data di attivazione del Dossier (dati pregressi).

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

3. All'inserimento di Dati a Maggiore Tutela: All'inserimento nel DSE di informazioni sanitarie relative a prestazioni particolari soggette a maggiore tutela dell'anonimato (ad esempio, infezioni da HIV, uso di sostanze stupefacenti/alcool).

☐ **do il consenso**

☐ **nego il consenso**

Il sottoscritto _____, C.F. _____ acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati c.d. "particolari", e nello specifico quelli a carattere sanitario e di aver preso cognizione della presente informativa relativa al conferimento dei dati richiesti per le finalità di cura e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, nonché della facoltà di negare il consenso per i trattamenti non obbligatori, come suesposti e fatti oggetto di richiesta di consenso.

Data _____ (firma) _____

(Riquadro da compilare con i dati dell'interessato se questo può esprimere il consenso)

Il sottoscritto _____, C.F. _____ n° telefonico _____ acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati c.d. "particolari", e nello specifico quelli a carattere sanitario e di aver preso cognizione della presente informativa relativa al conferimento dei dati richiesti per le finalità di cura e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, nonché della facoltà di negare il consenso per i trattamenti non obbligatori, come suesposti e fatti oggetto di richiesta di consenso, dichiara di aver preso visione dell'obbligo di registrare le proprie generalità in qualità di:

☐ **Tutore legale**

☐ **Parente**

Data _____

(firma)

(Riquadro da compilare con i dati del tutore legale/parente se l'interessato non può esprimere il consenso).

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI INGRESSO.

L'inserimento presso la RSA della ASP-Montevarchi può avvenire in regime di accreditamento socio-sanitario oppure in regime privato.

L'inserimento in regime di accreditamento prevede che la Azienda USL di residenza corrisponda una parte della retta di ospitalità, detta "quota sanitaria", e che il residente corrisponda la restante parte, la cosiddetta "quota sociale" (per intero o in compartecipazione con il Comune di residenza).

Per avviare le pratiche di richiesta della quota sanitaria in RSA in Toscana si consulti il seguente link: <https://www.regione.toscana.it/residenze-sanitarie-assistenziali>.

L'inserimento in regime privato prevede la corresponsione dell'intera retta di ospitalità da parte del residente o di chi ne fa le veci.

Per le tariffe in vigore nella ASP-Montevarchi si consulti il sito web alla sezione "Servizi e Tariffe RSA 2026".

NOTA BENE:

L'inserimento in regime di accreditamento socio-sanitario avviene SOLO SE l'utente è in possesso del voucher di autorizzazione alla data di presentazione della domanda.

Le domande presentate IN ASSENZA del voucher di autorizzazione saranno automaticamente considerate richieste di ingresso a titolo privato.

Se si è in possesso del voucher di autorizzazione si barri l'opzione "*all'ingresso in RSA per il periodo ...ovvero a tempo indeterminato, rilasciato dalla Az. USLin data, n. pratica...*", riportando il numero e la data della pratica, indicando il periodo autorizzato per i soggiorni di sollievo. È consigliato allegare il voucher di autorizzazione alla presente domanda (opzionale).

Se si è avviata la pratica di riconoscimento del bisogno presso il PuntoInsieme territoriale si barri l'opzione "*ha presentato domanda al PuntoInsieme in data.....*", riportando la data della sottoscrizione della domanda.

Se l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che ha valutato la richiesta di riconoscimento del bisogno ha accolto la domanda e rilasciato il Piano di Assistenza Personalizzato (PAP), si barri l'opzione "*è in possesso del Piano di Assistenza personalizzato (PAP), n. pratica ... del ... ed è in attesa del rilascio del voucher di autorizzazione*", riportando il numero e la data della pratica. È consigliato allegare il PAP alla presente domanda (opzionale).

Infine, se non si è avviata la pratica di riconoscimento del bisogno, oppure la domanda non è stata accolta, si barri l'opzione "*NON ha presentato domanda al PuntoInsieme o la domanda non è stata accolta*".

La firma è obbligatoria. Le domande non sottoscritte non saranno prese in considerazione. La domanda deve essere compilata in tutte le sue parti, compreso l'allegato 1 (Informativa privacy) e con dati veritieri. Il personale amministrativo si riserva di verificare le informazioni dichiarate, anche tramite intervista telefonica o via e-mail.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INGRESSO.

La domanda può essere presentata inviando il documento compilato e sottoscritto per e-mail a segreteria@asp-montevarchi.com e direttore@asp-montevarchi.com, oppure consegnando la domanda direttamente alla ASP-Montevarchi in Via G. Pascoli 45, Montevarchi, in orario di apertura dell'ufficio amministrativo (vedi sito web e/o cartello presso la RSA per indicazione di giorni ed orari di apertura al pubblico).

In caso di possesso del voucher di autorizzazione o del PAP si consiglia di allegare/consegnare copia della detta documentazione alla presente domanda.

L'inserimento in lista è attestato dal numero di protocollo che verrà inviato al richiedente all'indirizzo e-mail sopra indicato, o consegnato a mano solo se il richiedente non sia provvisto di e-mail.

Si prega di compilare la presente domanda e il suo allegato per intero e inserendo informazioni veritiere e certe, seguendo le indicazioni riportate nel precedente paragrafo "*Istruzioni per la compilazione della domanda di ingresso*".