

MODULO DI DOMANDA PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di essere nato/a _____ il _____

residente a _____ prov. (____)

in via _____ CAP _____

n° telefono _____ e-mail leggibile _____

domiciliato a (solo se diverso dalla residenza) _____ prov. (____)

in via _____ CAP _____

c/o _____

☐ regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

CHIEDE

☐ per sé

☐ per il minore sotto indicato

(in qualità di esercente la potestà genitoriale)

☐ per la persona sotto indicata

(in qualità di tutore, curatore, amministratore di sostegno o parente nel caso di temporaneo impedimento)

Cognome _____ nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ prov. (____)

in via _____ CAP _____

n° telefono _____ e-mail _____

domiciliato a (solo se diverso dalla residenza) _____ prov. (____)

in via _____ CAP _____

c/o _____

☐ regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Provinciale

di usufruire delle prestazioni di assistenza protesica previste dal D.M. 332/1999 e dalle disposizioni provinciali in materia, di cui all'allegata prescrizione medica

☐ prima richiesta

☐ rinnovo

A tal fine allega:

☐ prescrizione medica

☐ preventivo di spesa

☐ scheda tecnica

☐ copia del verbale di invalidità

☐ altro _____

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 (D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e D.M. 332/1999) 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 ai 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 "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: www.asuit.tn.it/direttive-aziendali.
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.
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.
13. 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.

Trento, _____

Firma (leggibile)*

se diverso dall'interessato in qualità di

*Informazioni ai sensi del DPR 445/00

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, i figli o, 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

Comunicazione avvio del procedimento

Qualora la domanda sia presentata all'Ufficio Multizonale Assistenza Protesica, copia della stessa viene consegnata al richiedente ai sensi dell'art. 8 della L. 241/1990 quale "comunicazione di avvio del procedimento".

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

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.