

Consegna ☐ on line ☐ personale

**ANTICIPO DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO O FORME DI TRATTAMENTO DI PREVIDENZA
COMPLEMENTARE - TRASMISSIONE ON LINE**

per cure sanitarie: richiesta parere medico

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA sotto la sua personale responsabilità:

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

CHIEDE

- ☐ per se stesso
☐ per la persona sotto indicata in qualità di esercente la potestà genitoriale, di tutore, curatore o amministratore di sostegno)

cognome nome _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale _____

- ☐ il parere medico per ottenere l'anticipo del TFR o forme di trattamento di previdenza complementare, per intervento e terapie sanitarie straordinarie ed eccezionali

ALLO SCOPO DICHIARA CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RISULTA COSÌ COMPOSTO:

DATI ANAGRAFICI	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RAPPORTO PARENTALE CON IL RICHIEDENTE (<u>precisare se è a carico</u>)

Che per le stesse prestazioni:

- ☐ il coniuge non a carico Sig./ra _____ **non ha chiesto** anticipo del trattamento di fine rapporto o forme di previdenza complementare
- ☐ il coniuge non a carico Sig./ra _____ **ha chiesto** anticipo del trattamento di fine rapporto o forme di previdenza complementare per il quale ha ricevuto un rimborso parziale pari ad € _____
- ☐ il figlio/a non a carico Sig./ra _____ **non ha chiesto** anticipo del trattamento di fine rapporto o forme di previdenza complementare per il quale ha ricevuto un rimborso parziale pari ad € _____
- ☐ il figlio non a carico Sig./ra _____ **ha chiesto** anticipo del trattamento di fine rapporto o forme di previdenza complementare
- ☐ di possedere i requisiti per poter accedere ai benefici previsti per L.P. 22/2007 (solo nel caso di richiesta di anticipo per cure odontoiatriche) e quindi:
- ☐ **di aver richiesto ed ottenuto Nulla osta** in data _____ per cure odontoiatriche per me stesso o per: _____ (indicare il nominativo per cui si è richiesto il Nulla osta)
- ☐ **di non aver richiesto ed ottenuto il Nulla osta** né per me stesso né per familiari facenti parte del mio nucleo familiare

Si allegano i seguenti documenti (obbligatori ai fini dell'accettazione della domanda):

- ☐ copia del preventivo di spesa e/o documentazione fiscale e sanitaria
☐ copia documento identità o equipollente

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

- 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 APSS ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (dpcm 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta Provinciale) in materia di livelli essenziali ed aggiuntivi di assistenza.
- 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.
- I dati personali saranno comunicati all'Istituto Bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri 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.
- 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.
- 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 APSS, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
- È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
- 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.apss.tn.it/direttive-aziendali.
- I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
- Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede in via Degasperri 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 Degasperri, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@apss.tn.it.
- Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
- 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 Degasperri, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it
- 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.

DATA

FIRMA

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.

*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

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

(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)

SPAZIO RISERVATO AD APSS

Esaminata la documentazione allegata, si dichiara che le prestazioni richieste:

- ☐ **sono rilevanti per motivi sanitari ed economici**
☐ **non sono rilevanti per motivi sanitari ed economici**
E
☐ **sono erogabili da questa Azienda Sanitaria in regime di SSN**
☐ **non sono erogabili da questa Azienda Sanitaria in regime di SSN**

data

firma e timbro (il medico responsabile)



OHSAS 18001:2007