

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA MALATTIA CELIACA IN ETÀ PEDIATRICA Facsimile modulo certificato di malattia cronica	Allegato 1
		Revisione 02
		10/05/2021
		Pagina 1 di 3

Allegato 1 Facsimile modulo certificato di malattia cronica

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

**INDIVIDUAZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE ED INVALIDANTI CHE
 DANNO DIRITTO ALL'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO
 DELLE PRESTAZIONI SANITARIE CORRELATE**

CERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 4 D.M. 20.05.1999 N. 329.

Si attesta che il sig. _____

nato il _____ residente a _____

è stato sottoposto ad accertamento medico ed è stato trovato affetto dalla seguente patologia
 (segue descrizione)

Codice patologia (allegato 1)

N.B. per ragioni di tutela e di riservatezza delle informazioni sanitarie è consentito omettere la descrizione della patologia.

In ogni caso il codice della stessa deve sempre essere riportato utilizzando le tabelle (allegato 1, I e II parte) de D.M. 329/99.

Il codice può variare da un minimo di tre ad un massimo di otto caratteri (ICD-8-CM).

Data, _____

firma del medico specialista

<https://www.apss.tn.it/Documenti-e-dati/Modulistica/Domanda-per-l-erogazione-di-contributi>

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA MALATTIA CELIACHIA IN ETÀ PEDIATRICA Faccsimile Modulo di richiesta contributi per l'acquisto di prodotti senza glutine	Allegato 2
		Revisione 02
		10 maggio 2021
		Pagina 3 di 3

Mod. 13

Azienda Provinciale
Provincia Autonoma di Trento
per i Servizi Sanitari

Dipartimento Amministrativo
Ospedaliero Territoriale
Servizio Amministrazione Territoriale

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 incaricata APSS ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (dpoa 12 gennaio 2017) 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 espletare il relativo procedimento.
3. 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.
4. L'Azienda, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali contenuti 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 APSS, che prestano adeguata garanzia 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 "Prenotario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: www.apss.tn.it/direttiva-aziendale.
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede in via Degasperis n. 79 a Trento e 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 Degasperis, n. 77 - 38123 Trento - tel. 0461/904172 urp@apss.tn.it.
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio Amministrazione Territoriale.
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 Degasperis, 79 - 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.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.

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. 3). Se l'interessato è interdetto/inabilitato firma il tutore/curatore (art. 3). 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 dichiarazioni sostitutive 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)

