



OGGETTO: DOMANDA PER **FORNITURA PROTESICA** AI SENSI DELL'ART. 26 – LEGGE 833/1978

Il sottoscritto _____

chiede la fornitura protesica di _____

recapito telefonico _____

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del predetto D.P.R. n. 445/2000

D I C H I A R A

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ () via _____

di essere domiciliato/a a _____ () via _____

di essere iscritto/a al Servizio Sanitario Nazionale: Tessera n. _____

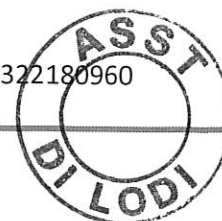
S'impegna, fin d'ora a comunicare qualsiasi variazione inerente l'uso dei presidi e gli ausili che gli saranno erogati e qualora non fossero più necessari o idonei alle proprie esigenze.

Data _____

(firma del richiedente o di chi ne ha tutela
di diritto o di fatto)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

26900 Lodi – Piazza Ospitale ,10 – Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 – C.F. e P.IVA 09322180960



INFORMATIVA PRIVACY PER FORNITURA PROTESICA

Al sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del Dlgs 196/03 aggiornato dal D.lgs. 101/2018

1. QUALI DATI RACCOGLIAMO SUL SUO CONTO?

Nell'ambito dei servizi offerti l'Azienda potrebbe raccogliere i seguenti dati personali dell'utente:

nome, cognome, indirizzo, telefono, data e luogo di nascita, codice fiscale;

stato di salute generale;

dati in merito all'invalidità civile o possesso di esenzione ticket;

nome, cognome, luogo e data di nascita, numero documento d'identità, data del rilascio di chi esercita legalmente la podestà, ovvero di un prossimo congiunto, di un familiare, di un convivente o del responsabile di struttura presso cui dimora l'utente.

2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali sono trattati senza il Suo consenso espresso, per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico ai sensi della Legge Regionale 23/2015 ovvero per la valutazione della richiesta di fornitura di presidi protesici e ausili e la conseguente autorizzazione all'utilizzo.

3. IN CHE MODO E PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I SUOI DATI PERSONALI?

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato con modalità manuale e informatizzata per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 del Reg. UE n. 2016/679 e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, modifica, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, limitazione, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. Salvo diversamente espresso dalla normativa cogente, in generale i Suoi dati personali saranno conservati nei nostri archivi per 1 anno dalla data del decesso o dal termine della erogazione.

4. CHI POTREBBE ACQUISIRE INFORMAZIONI SUL SUO CONTO E A CHI POSSONO ESSERE COMUNICATI?

I Suoi dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui al punto 2. Ai seguenti soggetti:

- Medici di Medicina Generale per verifica di eventuali patologie e supporto alla decisione di autorizzare l'utente all'utilizzo presidi protesici e ausili;
- dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;
- società terze quali: società informatiche per manutenzione dei software, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento.

Nell'ambito delle finalità espresse al punto 2, l'Azienda potrebbe comunicare i suoi dati alle seguenti organizzazioni:

Regione Lombardia

ATS

Ditte fornitrici esterne (Ditte e fornitori abilitati da ATS presenti in elenco nel programma informatico Assistant RL);

Magazzino con il quale è stipulata una convenzione.

Medici specialisti di strutture pubbliche e convenzionate

Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento. I Suoi dati non saranno diffusi.

5. DA CHI POTREMMO RICAVERE INFORMAZIONI SULLA SUA PERSONA?

In generale i dati dell'utente saranno acquisiti sempre presso lo stesso, tuttavia in caso di minori, di impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e volere i dati potrebbero essere acquisiti attraverso chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente, o, in loro assenza, dal responsabile di struttura presso cui dimora l'interessato.

6. POSSONO ESSERE TRASFERITI I SUOI DATI PERSONALI IN PAESI EXTRA UE?

No, non è previsto alcun trasferimento di dati verso paesi Extra UE.

7. IN CHE MODO E' OBBLIGATO A FORNIRE I SUOI DATI E IL CONSENSO? IN CASO DI RIFIUTO COSA ACCADE?

In generale il conferimento dei dati elencati al punto 1 è strettamente necessario. In loro assenza, non potremo garantirle i Servizi del punto. 2. e ottemperare agli obblighi di legge connessi.

8. QUALI SONO I SUOI DIRITTI E A CHI SI PUO' RIVOLGERE?

In base al Reg.to UE 2016/679: Cap.III:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
 2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
 3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati;
 - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
 - d. copia delle informazioni in nostro possesso in un formato comune e interoperabile;
 - e. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;Inoltre, l'interessato ha il diritto di:
 - f. revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
 - g. proporre reclamo all'Autorità Garante o adire le opportune sedi giudiziarie;E' possibile richiedere al titolare, una "DICHIARAZIONE DI ATTESTAZIONE" idonea a certificare che le richieste avanzate siano state effettivamente risolte e portate a conoscenza di coloro ai quali erano stati precedentemente diffusi e comunicati i dati.
- In quanto soggetto interessato, Lei potrà anche delegare una terza persona con una copia della procura ovvero della delega sottoscritta in presenza di un incaricato o sottoscritta e presentata unitamente a una fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento dell'interessato. Il titolare è tenuto a dare riscontro alla richiesta entro 30 giorni dalla data di inoltra o altri 30 giorni nel caso in cui la risposta sia problematica, in ogni caso entro il 30 esimo giorno. Le verrà data comunicazione scritta delle motivazioni del ritardo. Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti contattando:

Titolare del Trattamento dei Dati personali: Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371376401; Fax 0371376438; protocollo@pec.asst-lodi.it
Responsabile del trattamento: Direttore UOC Erogazione Territoriale delle Prestazioni Socio – Sanitarie, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371372482; patrizia.mori@asst-lodi.it
Responsabile della Protezione dei Dati personali: Dott. Marco Esposti, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Ospedale Vecchio 2^ piano, Tel.0371376492; fax 0371376469; dpo@asst-lodi.it.



INFORMATIVA PRIVACY PER FORNITURA PROTESICA

Al sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del Dlgs 196/03 aggiornato dal D.lgs. 101/2018

1. QUALI DATI RACCOGLIAMO SUL SUO CONTO?

Nell'ambito dei servizi offerti l'Azienda potrebbe raccogliere i seguenti dati personali dell'utente:

nome, cognome, indirizzo, telefono, data e luogo di nascita, codice fiscale;

stato di salute generale;

dati in merito all'invalidità civile o possesso di esenzione ticket;

nome, cognome, luogo e data di nascita, numero documento d'identità, data del rilascio di chi esercita legalmente la podestà, ovvero di un prossimo congiunto, di un familiare, di un convivente o del responsabile di struttura presso cui dimora l'utente.

2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali sono trattati senza il Suo consenso espresso, per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico ai sensi della Legge Regionale 23/2015 ovvero per la valutazione della richiesta di fornitura di presidi protesici e ausili e la conseguente autorizzazione all'utilizzo.

3. IN CHE MODO E PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I SUOI DATI PERSONALI?

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato con modalità manuale e informatizzata per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 del Reg. UE n. 2016/679 e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, modifica, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, limitazione, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. Salvo diversamente espresso dalla normativa cogente, in generale i Suoi dati personali saranno conservati nei nostri archivi per 1 anno dalla data del decesso o dal termine della erogazione.

4. CHI POTREBBE ACQUISIRE INFORMAZIONI SUL SUO CONTO E A CHI POSSONO ESSERE COMUNICATI?

I Suoi dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui al punto 2. Ai seguenti soggetti:

- Medici di Medicina Generale per verifica di eventuali patologie e supporto alla decisione di autorizzare l'utente all'utilizzo presidi protesici e ausili;
- dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;
- società terze quali: società informatiche per manutenzione dei software, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento.

Nell'ambito delle finalità espresse al punto 2, l'Azienda potrebbe comunicare i suoi dati alle seguenti organizzazioni:

Regione Lombardia

ATS

Ditte fornitrici esterne (Ditte e fornitori abilitati da ATS presenti in elenco nel programma informatico Assistant RL);

Magazzino con il quale è stipulata una convenzione.

Medici specialisti di strutture pubbliche e convenzionate

Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento. I Suoi dati non saranno diffusi.

5. DA CHI POTREMMO RICAVARE INFORMAZIONI SULLA SUA PERSONA?

In generale i dati dell'utente saranno acquisiti sempre presso lo stesso, tuttavia in caso di minori, di impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e volere i dati potrebbero essere acquisiti attraverso chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente, o, in loro assenza, dal responsabile di struttura presso cui dimora l'interessato.

6. POSSONO ESSERE TRASFERITI I SUOI DATI PERSONALI IN PAESI EXTRA UE?

No, non è previsto alcun trasferimento di dati verso paesi Extra UE.

7. IN CHE MODO E' OBBLIGATO A FORNIRE I SUOI DATI E IL CONSENSO? IN CASO DI RIFIUTO COSA ACCADE?

In generale il conferimento dei dati elencati al punto 1 è strettamente necessario. In loro assenza, non potremo garantirle i Servizi del punto. 2. e ottemperare agli obblighi di legge connessi.

8. QUALI SONO I SUOI DIRITTI E A CHI SI PUO' RIVOLGERE?

In base al Reg.to UE 2016/679: Cap.III:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
 2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
 3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
 - d. copia delle informazioni in nostro possesso in un formato comune e interoperabile;
 - e. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; Inoltre, l'interessato ha il diritto di:
 - f. revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
 - g. proporre reclamo all'Autorità Garante o adire le opportune sedi giudiziarie;E' possibile richiedere al titolare, una "DICHIARAZIONE DI ATTESTAZIONE" idonea a certificare che le richieste avanzate siano state effettivamente risolte e portate a conoscenza di coloro ai quali erano stati precedentemente diffusi e comunicati i dati.
- In quanto soggetto interessato, Lei potrà anche delegare una terza persona con una copia della procura ovvero della delega sottoscritta in presenza di un incaricato o sottoscritta e presentata unitamente a una fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento dell'interessato. Il titolare è tenuto a dare risposta alla richiesta entro 30 giorni dalla data di inoltra o altri 30 giorni nel caso in cui la risposta sia problematica, in ogni caso entro il 30 esimo giorno. Le verrà data comunicazione scritta delle motivazioni del ritardo. Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti contattando:

Titolare del Trattamento dei Dati personali: Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371376401; Fax 0371376438; protocollo@pec.asst-lodi.it

Responsabile del trattamento: Direttore UOC Erogazione Territoriale delle Prestazioni Socio – Sanitarie, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371372482; patrizia.mori@asst-lodi.it

Responsabile della Protezione dei Dati personali: Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi; Tel. 0371-371: dpo@asst-lodi.it.



MODULO DI RACCOLTA DEI CONSENSI/Oscuramento dati Servizi Socio Sanitari

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, io sottoscritto/a

COGNOME: _____ NOME: _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Costituzione DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (ove applicabile)

ACCONSENTE

alla costituzione del **Dossier Sanitario Elettronico** aziendale

oppure

alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico solo per gli eventi clinici relativi alla presente prestazione e a quelle future

NON ACCONSENTE

alla costituzione del **Dossier Sanitario Elettronico** aziendale

Data ____/____/____ Firma di chi fa la richiesta _____

Inserimento dati nella CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

→ ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER MINORE

Il/la Paziente _____ nat/a a _____ il ____/____/____ è un/a minore;
pertanto, il consenso è espresso da Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____
n qualità di: → genitori altro..... (specificare e allegare Modulo di autocertificazione)

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Altro(specificare e allegare modulo Autocertificazione IO.20- Mod. 13)

Preso visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto del minore.

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

→ ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER PERSONA IMPOSSIBILITATA AD ESPRIMERLO

Il/la Paziente _____ nato a _____ il ____/____/____

è una **persona impossibilitata** ad esprimere il consenso; pertanto, ai sensi dell'art. 82 del vigente Codice privacy, il consenso è espresso da
a) Sig./Sig.ra _____ in qualità di _____

Congiunto, Rappresentante legale, Responsabile della Struttura in cui l'interessato/a dimora - se Rappresentante legale, allegare Modello di autocertificazione.

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Preso visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto della persona impossibilitata

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

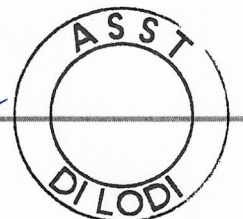
→ VOGLIO REVOCARE IL MIO CONSENSO PRECEDENTEMENTE ESPRESSO

In data ____/____/____ si prende atto della richiesta di revoca del consenso per:

Costituzione del Dossier Sanitario Elettronico

Inserimento nella Cartella Sociale Informatizzata

Firma di chi revoca il consenso _____



→ **CHIEDO L'OSCURAMENTO (non visibilità) dei miei dati personali relativamente a:**

- Dossier Sanitario Elettronico
- Cartella Sociale Informatizzata

Data ____/____/____ Firma di chi fa la richiesta _____

Comunicazione a terzi:

Consente inoltre che sia data comunicazione :

- Ai famigliari : Sig/ra _____ tel. _____
- Operatori di altri Servizi: _____
- Al Sig./ra _____ tel. _____
- Al Sig./ra _____ tel. _____
- Altro _____

In merito al proprio stato di salute:

- Andamento programma terapeutico
- Esito controlli tossicologici
- Esito controlli ematici
- Alle proprie condizioni socio - sanitarie
- Alle condizioni socio sanitarie del Sig/ra _____
- Altro _____

Il/ la sottoscritto/a è consapevole che, in mancata compilazione del presente riquadro, non potrà essere data alcuna informazione sullo stato di salute a terzi.

Data ____/____/____ Firma di chi fa la richiesta _____

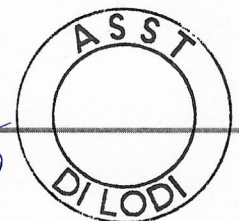
Variazione / Revoca Comunicazione a terzi:

in data ____/____/____ si prende atto della richiesta di

- revoca
- variazione (vedi nuovo modulo consenso allegato)

del consenso comunicazione a terzi precedentemente espresso

Firma leggibile di chi esprime il consenso _____



DELEGA PER LA FORNITURA PRODOTTI PER L'ASSORBENZA

Il/Lasottoscritto/a _____

(Nome e Cognome del delegante)

C.F.: _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Documento d'identità n° _____

rilasciato da _____

AUTORIZZA ALLA PRATICA PER

LA FORNITURA DI PRODOTTI PER L'ASSORBENZA

Il Sig/ra _____

(Nome e Cognome della persona alla quale si delega la pratica)

Nato/a a _____ il _____

C.F.: _____

Documento d'identità n° _____

rilasciato da _____

che mi rappresenta

Data _____

FIRMA _____

(del delegante)

Si prega di presentarsi all'Ufficio Assorbenza muniti di
documento d' identità valido e Tessera Sanitaria del delegante