

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE  
DI PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE PER SOGGETTI  
CON MINORAZIONI FISICHE, PSICHICHE O SENSORIALI,  
PRESSO STRUTTURE EX ART. 26, LEGGE 833/1978**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail/PEC \_\_\_\_\_

in qualità di (contrassegnare con una x la casella che interessa):

- diretto interessato;  
 tutore o amministratore di sostegno;  
 genitore (o familiare in caso di temporaneo impedimento dell'assistito per ragioni di salute ex art. 82 D.Lgs. 196/2003);  
di:

cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE L' AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE**

in regime:  residenziale  semiresidenziale  ambulatoriale

nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso la seguente struttura convenzionata ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 833/1978:

\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email/PEC \_\_\_\_\_

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- 1) Prescrizione del Medico di Assistenza Primaria / Pediatra di Libera Scelta;
- 2) Dichiarazione firmata di consenso al trattamento dei dati personali, allegata alla presente;
- 3) Fotocopia della Carta di Identità;
- 4) Fotocopia della Tessera Sanitaria (del minore, se la richiesta è a favore di un minore);
- 5) Documentazione medica (specificare):

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Per richieste a favore di un minore, è necessaria la firma di entrambi i genitori*

## INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*ai sensi degli articoli 13 e 79 del D.lgs. 196/2003 (Codice della privacy)*

*nonché degli articoli 13 e 15 del Regolamento Europeo 2016/679 sulla protezione dei dati*

Gentile Signore / a,

Per poter erogare il servizio da Lei richiesto questa ULSS ha la necessità di **raccogliere e trattare una serie di dati relativi alla Sua persona**, alcuni dei quali definiti come “sensibili” dal vigente Codice in materia di protezione dei dati personali (“categorie particolari di dati personali” secondo il nuovo Regolamento Europeo); l’eventuale Suo rifiuto a comunicare i dati personali potrebbe comportare, in alcuni casi, l’impossibilità di erogare il servizio richiesto.

L’Azienda Le chiederà di fornire il Suo **consenso** per effettuare il trattamento dei dati personali e/o relativi allo stato di salute per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché per erogare le prestazioni socio sanitarie e per finalità di natura amministrativa.

Sono trattati solo i dati essenziali allo svolgimento delle attività istituzionali sopra indicate, che non possono essere adempiute mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa. E’ fatto salvo in ogni caso il diritto all’anonimato nei casi previsti da normative vigenti.

Tale consenso potrà essere acquisito per iscritto oppure verbalmente (in quest’ultimo caso documentato per iscritto attraverso la registrazione a sistema da parte dell’operatore).

Nel caso di un ricovero ospedaliero, i suoi dati anagrafici ed il reparto nel quale sarà degente potranno essere trasmessi ai centri di informazione (*portineria, segreteria di reparto*) al fine di agevolare le visite di familiari e conoscenti, solamente previa sua esplicita autorizzazione.

Lei potrà inoltre indicare a quali soggetti comunicare informazioni inerenti il suo stato di salute, specificandone le generalità (*es. medico di base, familiari, etc.*).

I dati saranno registrati elettronicamente o manualmente, conservati e protetti contro ogni manomissione o distruzione e trattati con l’osservanza delle **misure di sicurezza adottate dall’Azienda** in attuazione delle disposizioni contenute nel precitato Codice della privacy e nel Regolamento UE 2016/679.

Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, completezza e pertinenza e avverrà nei limiti strettamente necessari alla erogazione della prestazione da Lei richiesta.

Si fa presente che l’Azienda ULSS potrà avere l’esigenza di **comunicare** tutti o parte dei Suoi dati a soggetti esterni (*ad esempio: Comuni, Scuole, Strutture socio-sanitarie, Enti Assicurativi*), ma solo quando ciò sia necessario per adempiere a funzioni istituzionali e sia previsto da una norma di legge o regolamento.

Per quanto concerne il **periodo di conservazione dei dati personali** raccolti da questa ULSS, La informiamo che i dati verranno conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello strettamente necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.

A tale riguardo, sia fa rinvio al vigente **Prontuario (Massimario) aziendale di conservazione e scarto**, pubblicato sul sito internet di questa ULSS e liberamente consultabile.

Per prontuario di conservazione e di scarto si intende l'elenco della tipologia dei documenti con il rispettivo tempo di conservazione (limitato o illimitato); detto strumento permette di gestire in modo organizzato l'archivio aziendale, conservando solo ciò che mantiene un rilievo giuridico o ha assunto un valore storico e di eliminare la documentazione non più necessaria.

In ordine ai Suoi dati personali conservati presso gli archivi dell'ULSS, Lei o un Suo delegato potrà esercitare tutti i **diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. 196/2003 e dall'art. 15 del Regolamento UE** e descritti nel vigente Regolamento aziendale in materia di protezione dei dati (*diritto di accesso, di rettifica, di opposizione, di reclamo, di oblio, di limitazione del trattamento, di portabilità dei dati, etc...*), rivolgendosi all'**Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)**, presso il quale sarà altresì possibile conoscere i nominativi dei responsabili del trattamento dei dati nominati all'interno dell'ULSS in base al già citato **Regolamento aziendale in materia di protezione dei dati**, pubblicato sul sito internet di questa ULSS ([www.aulss8.veneto.it](http://www.aulss8.veneto.it)) e liberamente consultabile.

Il Titolare del trattamento è l'U.L.SS. n. 8 "Berica", il cui rappresentante legale è il Direttore Generale, con domicilio in Viale Rodolfi n. 37 - 36100 Vicenza (VI).

La informiamo che, in ottemperanza a quanto previsto dal nuovo Regolamento Europeo 2016/679, questa Azienda ULSS provvederà, a breve, a nominare il **Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer – DPO)**, i cui "dati di contatto" verranno resi disponibili nel testo dell'informativa a tal fine aggiornata.

Infine, La informiamo che questa ULSS n. 8 è fattivamente impegnata a dare adempimento ai numerosi, nuovi obblighi di carattere organizzativo, informatico e tecnologico stabiliti dal **Regolamento Europeo 2016/679**, nei termini previsti dal vigente *Regolamento aziendale in materia di protezione dei dati* pubblicato sul sito internet di questa ULSS e liberamente consultabile.

IL DIRETTORE GENERALE  
Giovanni Pavesi

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI IDONEI A RIVELARE LO STATO DI SALUTE**  
(D.lgs. 196/2003 e Regolamento Europeo 2016/679)

**A) Consenso al trattamento di dati propri**

Il sottoscritto ..... nato a .....  
il..... residente a..... in via.....

presa visione della nota informativa riportata sul retro,

**concede** il consenso

**nega** il consenso

al trattamento dei propri dati personali idonei a rivelare lo stato di salute da parte dell'Azienda ULSS n. 8 "Berica".

Data .....

Firma .....

\* \* \* \* \*

**B) Consenso al trattamento di dati riguardanti persone impossibilitate**

Il sottoscritto ..... nato a .....

il..... residente a..... in via.....

presa visione della nota informativa riportata sul retro e consapevole delle responsabilità penali in cui incorre chi rilascia dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

**concede** il consenso

**nega** il consenso

al trattamento, da parte dell'Azienda ULSS n. 8 "Berica", dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute riguardanti

..... (indicare nome e cognome)

nato a ....., il ....., residente a .....

in via.....,

impossibilitato a prestare il consenso personalmente. Il sottoscritto a ciò provvede in qualità di:

- tutore
- rappresentante legale (*per soggetti con meno di 16 anni ai sensi dell'art. 8 del Reg. UE 2016/679*)
- amministratore di sostegno
- familiare
- convivente
- responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

Data .....

Firma .....

\* \* \* \* \*

Il presente consenso viene raccolto dall'operatore .....

In servizio presso .....