

**Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS”
(D.G.R. n. 1/28 del 14/01/2026)****Spett.le Ambito Plus di Sassari, Sorso, Porto Torres e Stintino**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ Cod. Fisc. _____ residente a _____
in via _____, n° _____ domiciliato/a a (indicare solo se diverso da residenza)
_____ in via _____ n° _____
tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

la predisposizione di un piano personalizzato per l'accesso al Programma Regionale “Ritornare a casa Plus” come:

☐ nuovo beneficiario ☐ già beneficiario (indicare livello assistenziale in corso) _____
☐ per se stesso;
☐ per il/la Sig. ____: _____ nato/a a _____
il ____/____/____ Cod. Fisc. _____ residente a _____
in via _____, n° _____ domiciliato/a a (indicare solo se diverso da residenza)
_____ in via _____ n° _____
tel. _____ e-mail _____

in qualità di sua **figura di riferimento** (indicare di seguito la natura della relazione esistente): _____**Allega i seguenti documenti:**

- ☐ certificazione ISEE socio-sanitario di cui al DPCM n. 159/2013 relativo all'anno corrente;
- ☐ dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio (vedi modulo retrostante);
- ☐ dichiarazione individuazione e delega familiari prossimi ex art. 433 c.c.;
- ☐ copia del provvedimento di nomina, estratto/copia del ricorso per la nomina del rappresentante legale;
- ☐ verbale di riconoscimento della condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, della L. 104/1992 senza omissis;
- ☐ verbale indennità di accompagnamento senza omissis o altra certificazione attestante la condizione di non autosufficienza di cui all'allegato 3 del DPCM 159/2013 senza omissis;
- ☐ verbale accertamento condizione di non autosufficienza ai sensi del D. Lgs 29/2024 per le persone ultrasettantenni;
- ☐ verbale accertamento condizione di non autosufficienza ai sensi del D. Lgs 62/2024 per le persone disabili nonché con disabilità gravissima;
- ☐ relazione clinica e scheda sanitaria prevista in ragione della patologia e condizione sanitaria di accesso rilasciate da specialista di struttura pubblico, convenzionato o libero professionista;
- ☐ documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- ☐ Altro _____

Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016.

_____ li ____/____/____
(luogo) (data)

(Firma)

Programma Regionale “Ritornare a Casa PLUS”
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____/____/____ e residente a _____ in via _____ n° ____

consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N° 445 del 28 Dicembre 2000:

- ☐ in qualità di **destinatario del progetto**;
- ☐ in qualità di **figura di riferimento** del Sig/ra _____ (indicare di seguito la natura della relazione esistente): _____

DICHIARA
se persona diversa dal destinatario:

- ☐ **di essere unico familiare prossimo**, ai sensi dell'art. 433 c.c.¹;
- ☐ **di essere il familiare** che ha presentato formale ricorso per la nomina del rappresentante legale come da documentazione allegata (*copia o estratto del ricorso*);
- ☐ **di essere il familiare delegato**, come da allegata/e dichiarazione/i sostitutiva/e di certificazione e atto notorio (*vedasi Dichiarazione individuazione e delega familiari prossimi ex art. 433*) resa dagli altri familiari prossimi di pari ordine e grado ai sensi dell'art. 433 c.c., come di seguito indicati:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE DI PARENTELA con il destinatario progetto

¹ Così come disciplinato dall'art. 433 del codice civile sono individuati i seguenti soggetti, in ordine di prossimità, che possono presentare la domanda: 1) il coniuge; 2) i figli [legittimi o legittimati o naturali o adottivi] e, in loro mancanza, i discendenti prossimi [anche naturali]; 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; gli adottanti; 4) i generi e le nuore; 5) il suocero e la suocera; 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi dell'Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

DICHIARA

- ☐ che la condizione economica equivalente corrisponde alla certificazione ISEE allegata;
- ☐ che l'interessato, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate in merito alla presente domanda, alle informazioni in essa contenute e alla procedura prevista;
- ☐ di essere a conoscenza:

1) dell'incompatibilità del programma "Ritornare a casa PLUS", per i livelli assistenziali primo, secondo e terzo, con il programma di cui alla Legge 162/98;

2) dell'incompatibilità del programma "Ritornare a casa PLUS", per i livelli assistenziali base A e base B con il programma di cui alla Legge 162/98, salvo che il beneficiario sia persona ultrasessantacinquenne, con punteggio nella scheda salute superiore a 40;

3) di dover rinunciare, in caso di attivazione degli interventi "Ritornare a casa Plus"; al piano personalizzato legge 162/1998, se trovasi in una delle suddette condizioni di incompatibilità;

☐ altro: _____

Medico di Medicina Generale	Nome Cognome _____
	Indirizzo _____
	Telefono: _____

Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016.

_____ li ____ / ____ / ____
(luogo) (data)

(Firma)



Distretto di Sassari

Programma Regionale “Ritornare a Casa PLUS”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/I sottoscritto/i, in qualità di familiare/i del destinatario del progetto “Ritornare a casa Plus” sig./sig.ra _____,
come di seguito indicati:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA E INDIRIZZO	CODICE FISCALE	RELAZIONE DI PARENTELA con il destinatario del progetto



Distretto di Sassari

consapevole/i delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. N.445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

- che i familiari prossimi del destinatario del progetto, di pari ordine e grado ai sensi dell'art. 433 c.c.¹., sono:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE DI PARENTELA con il destinatario del progetto

dichiara/no inoltre di delegare tra i familiari sopra individuati il Sig./Sig.ra _____ alla presentazione dell'istanza e alla gestione della procedura "Ritornare a casa Plus" in favore del soggetto sopra nominato.

¹ Così come disciplinato dall'art. 433 del codice civile sono individuati i seguenti soggetti, in ordine di prossimità, che possono presentare la domanda: 1) il coniuge; 2) i figli [legittimi o legittimati o naturali o adottivi] e, in loro mancanza, i discendenti prossimi [anche naturali]; 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; gli adottanti; 4) i generi e le nuore; 5) il suocero e la suocera; 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali.



Distretto di Sassari

Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016.

Si allega copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del/i soggetto/i firmatario/i della presente dichiarazione.

Luogo e data	
Nominativi	Firma/e del/dei dichiarante/i

COMUNE DI PORTO TORRES

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), il Comune di Porto Torres fornisce la presente informativa riguardante il trattamento dei Suoi dati personali:

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è il Comune di Porto Torres, con sede in Piazza Umberto I n. 1 – 07046 Porto Torres (SS).

Il Titolare del trattamento può essere contattato ai seguenti indirizzi:

E-mail: info@comune.porto-torres.ss.it

PEC: comune@pec.comune.porto-torres.ss.it

Telefono: 079 5008000

2. RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (RPD)

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), giustamente nominato dal Titolare del trattamento in conformità alle disposizioni di cui all'art. 37, par. 1, lett. a) del Regolamento UE 679/2016 GDPR, può essere contattato ai seguenti indirizzi istituzionali:

E-mail: rpd@comune.porto-torres.ss.it

PEC: responsabile.protezionedati@pec.comune.porto-torres.ss.it

3. FONTI E CATEGORIE DI DATI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Il Titolare tratterà i dati personali conferiti dall'Interessato, nonché quelli che saranno acquisiti presso altre amministrazioni pubbliche, presso l'Autorità giudiziaria e presso altri enti e soggetti privati, nei limiti in cui ciò sia imposto o consentito da norme di legge nazionali e comunitarie. A titolo esemplificativo e non esaustivo, potranno essere oggetto di trattamento le seguenti categorie di dati personali:

Dati personali comuni: dati anagrafici; dati identificativi; credenziali; dati di contatto; dati contabili, finanziari e fiscali; dati relativi a procedure giudiziarie civili, amministrative, tributarie; familiare, economica, finanziaria, patrimoniale e fiscale; dati di localizzazione; dati relativi a beni in proprietà o possesso; dati giudiziali diversi da condanne penali e reati; dati relativi ad abitudini, stile di vita e comportamento;

Categorie particolari di dati personali (art. 9 GDPR): dati relativi alla salute;

Dati personali relativi a condanne penali o reati (art. 10 GDPR): dati relativi a condanne penali e reati o a connesse misure di sicurezza.

4. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I Suoi dati personali sono trattati esclusivamente per adempimenti connessi all'attività dell'Ente, in particolare per le seguenti finalità:

- a. **“RITORNARE A CASA PLUS” INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIME. DELIBERAZIONE G.R. n. 1/28 del 14.01.2026**
- b. adempiere a obblighi istituzionali, amministrativi, contabili e fiscali previsti dalle norme di legge o dai regolamenti;
- c. soddisfare esplicite richieste di Enti o Autorità abilitate da disposizioni di legge;
- d. assolvere a Sue specifiche richieste.

5. BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Base giuridica del trattamento dei Suoi dati personali per le finalità sopra indicate è rappresentata dall'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 par.1 lett. c), e) del GDPR.

6. NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento dei dati per le finalità sopra illustrate è obbligatorio, in quanto necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento. L'eventuale natura facoltativa del conferimento di singole categorie di dato sarà di volta in volta specificata in fase di raccolta mediante l'utilizzo di idonei sistemi identificativi all'interno della modulistica in uso. Il mancato, parziale o inesatto conferimento determina l'impossibilità di dare corretta esecuzione all'istanza dell'Interessato, il quale è sempre responsabile dell'esattezza e

dell'aggiornamento dei dati conferiti. Eventuali dati non richiesti, conferiti dall'Interessato di propria iniziativa, non saranno oggetto di trattamento.

7. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento sarà effettuato con sistemi analogici ed automatizzati atti a gestire, trasmettere e memorizzare i dati con logiche strettamente correlate alle finalità del trattamento. Il trattamento sarà effettuato in osservanza delle misure di sicurezza, organizzative, tecniche e fisiche e logiche volte a prevenire l'alterazione, la distruzione, la perdita, il furto e l'uso improprio o illecito dei dati. I dati sono trattati esclusivamente da personale incaricato del trattamento, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza, pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità di raccolta e di successivo trattamento. I dati non saranno comunicati a soggetti terzi salvo che la comunicazione sia imposta da obblighi di legge o sia strettamente necessaria per l'adempimento delle richieste dell'Interessato.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati in conformità alle norme in materia di documentazione amministrativa ed archivi degli enti pubblici territoriali. È fatto salvo il rispetto di specifiche disposizioni normative e/o regolamentari che impongano tempi di conservazione ridotti in relazione a specifici trattamenti di dati personali.

9. DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I dati personali potranno essere comunicati ai seguenti soggetti:

- a) Soggetti autorizzati dal Titolare al trattamento di dati personali, previa specifica ed apposita istruzione degli stessi su modalità e finalità di trattamento;
- b) Soggetti terzi che agiscano in qualità di responsabili esterni del trattamento o di titolari autonomi, quali: consulenti liberi professionisti iscritti ad apposito albo, per l'acquisizione di pareri circa le corrette modalità di applicazione della normativa ovvero per l'espletamento di attività loro riservate dalla legge; appaltatori in caso di affidamento di servizi a imprese esterne; istituti di credito affidatari del servizio di tesoreria e assicurazioni;
- c) Soggetti, enti od autorità a cui sia obbligatorio comunicare i dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

I dati potranno essere oggetto di operazioni di interconnessione e/o raffronto con amministrazioni e gestori di pubblici servizi, esclusivamente per finalità di accertamento d'ufficio di stati, qualità e fatti, ovvero di controllo sulle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi dell'art. 43 del D.P.R. 445/2000. I dati non saranno in alcun modo oggetto di diffusione, ad esclusione dei casi previsti dalla normativa vigente in tema di pubblicazione, pubblicità e trasparenza e fatto salvo il bilanciamento dei diritti e interessi coinvolti.

10. TRASFERIMENTO DEI DATI EXTRA UE

I Suoi dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dello Spazio Economico Europeo. Ove ciò si rendesse indispensabile per il perseguimento delle finalità in oggetto, il trasferimento avverrà unicamente a fronte dell'esistenza di accordi internazionali o decisioni di adeguatezza da parte della Commissione o a fronte della stipula di norme vincolanti d'impresa che garantiscano un grado di protezione adeguato.

11. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà esercitare i diritti specificati negli articoli da 15 a 21 del GDPR, di seguito indicati:

Diritto di accesso ai dati personali ovvero a conoscere se sia o meno in corso un trattamento dei propri dati, per quali finalità e per quali tipologie di dati, nonché i destinatari e il periodo di conservazione dei medesimi;

- **Diritto alla rettifica** ovvero il diritto ad ottenere, senza ingiustificato ritardo, la modifica dei propri dati inesatti da parte del titolare del trattamento;
- **Diritto alla cancellazione (“diritto all’oblio”)** ovvero il diritto di ottenere senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei dati personali che la riguardano, da parte del Titolare del trattamento, per i motivi di cui alla relativa disposizione del GDPR ivi specificamente inclusa la possibilità di revoca del consenso;
- **Diritto di limitazione** del trattamento, ovvero di limitare l'utilizzo dei dati da parte del titolare del trattamento nei seguenti casi: contestazione dell'esattezza dei dati, opposizione al trattamento in caso di trattamento illecito, utilizzo per fini di esercizio di diritti in sede giudiziaria e contestuale eccesso di trattamento da parte del titolare, nelle more della verifica sulla prevalenza degli interessi legittimi del titolare rispetto a quelli dell'interessato;
- **Diritto di opposizione** al trattamento dei suoi dati personali.

L'interessato può esercitare i propri diritti, fermi restando i limiti e le preclusioni in essi contenuti ovvero riportabili alla tipologia di trattamento dati realizzata tramite il suddetto impianto di videosorveglianza, inviando una richiesta scritta ai dati di contatto del Comune di Porto Torres di cui al punto 1 della presente informativa.

12. DIRITTO DI RECLAMO

L'interessato potrà proporre reclamo al Garante della privacy - Piazza Venezia n.11 - 00186 – Roma www.garanteprivacy.it

13. PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO

Il Comune di Porto Torres non si avvale di alcun processo decisionale automatizzato.

Richiesta di Valutazione Multidimensionale

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI _____

Punto Unico di Accesso

Il/la Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____, il ____/____/____ e residente in _____
via _____ n. ____ C.F. _____
tel. _____ mail _____

in qualità di:

- ☐ destinatario delle prestazioni richieste al Punto Unico di Accesso (PUA)
- ☐ genitore o legale rappresentante (nel caso di soggetto minore, interdetto o assistito da amministratore di sostegno) di

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____, il ____/____/____ e residente in _____
via _____ C.F. _____
domiciliato in _____ via _____ n. ____

Richiede l'effettuazione della valutazione multidimensionale per l'attivazione di un percorso di cura appropriato ai propri bisogni sociosanitari.

Motivo della richiesta:

✓ data ____/____/____ Firma _____

Per utenti di minore età, in caso sia presente un solo genitore, occorre allegare la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, compilata e sottoscritta dal genitore sotto la propria responsabilità attestante le condizioni relative alla titolarità e all'esercizio della potestà previste dagli artt. 155, 316 e 317 C.C. In caso il soggetto sia assistito da un legale rappresentante occorre allegare la documentazione attestante i poteri del legale rappresentante. In tutti i casi va accertata l'identità del dichiarante secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente e nella Procedura Aziendale in materia.

**MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
IN AMBITO SANITARIO** (ai sensi dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679)

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punibili dalla legge, sotto la mia responsabilità e ai sensi della normativa vigente, preso atto dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 ("RGPD") rilasciata dall'ASL di Sassari

il/la sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ (Prov. _____),
il _____, residente in _____ (Prov. _____),
Via _____, n° _____, CAP _____,
tel. _____, e-mail5*: _____,
C.F. _____,

in qualità di:

☐ interessato

o: ppure in qualità di:

Tutore ☐

Amministratore di sostegno ☐

Esercente la potestà genitoriale ☐

Legale rappresentante ☐

di (nome e cognome) _____,
nato/a a _____ (Prov. _____),
il _____, residente in _____ (Prov. _____), Via _____,
n° _____, CAP _____, C.F. _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE APPARTENENTI A CATEGORIE PARTICOLARI DI CUI ALL'ART. 9 DEL RGPD.

dà il proprio consenso ☐

nega il proprio consenso ☐

al trattamento dei propri dati personali, anche appartenenti a categorie particolari di cui all'art. 9 del RGPD, tra cui quelli relativi allo stato di salute per finalità di tipo sanitario di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ed attività amministrative correlate e per le altre finalità sopra esposte nell'ambito delle funzioni istituzionali attribuite a questa ASL.

dà il proprio consenso ☐

nega il proprio consenso ☐

affinché le notizie inerenti il proprio stato di salute possano essere trasmesse in forma sintetica, complete di diagnosi, al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

dà il proprio consenso ☐

nega il proprio consenso ☐

affinché il personale sanitario del Reparto/della struttura dell'ASL di Sassari fornisca le informazioni riguardanti il proprio stato di salute ovvero dell'assistito ai soggetti da me specificati

☐ Solo al sottoscritto _____

☐ A (specificare chi) _____

☐ Al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta _____

Si precisa che l'eventuale rifiuto di prestare il consenso in alcuni casi potrebbe comportare, come conseguenza, l'impossibilità per la struttura di perseguire le finalità.

Le ricordiamo che il consenso potrà in qualsiasi momento essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.



DATA _____

FIRMA _____

Informativa sul consenso informato e Modulo di consenso anticipato al trattamento

(rivolto agli utenti)

Punto Unico di Accesso – Unità di Valutazione Territoriale (PUA - UVT)

INFORMATIVA

Gentile utente del Servizio PUA-UVT di _____,

a completamento di quanto già spiegato a voce sulle attività del servizio PUA-UVT, in relazione alla valutazione sul Suo stato di salute, alle Sue necessità assistenziali e alla predisposizione di un adeguato piano di cura, desideriamo riassumerLe con questo sintetico documento le informazioni che La riguardano, al fine di avere, anche per iscritto, il Suo consenso informato alla effettuazione delle attività e procedure necessarie per dare seguito alla Sua richiesta di intervento del nostro Servizio.

Le chiediamo di leggere attentamente quanto segue:

1. per poter procedere alla verifica dei Suoi bisogni di salute, in fase iniziale, il PUA raccoglie tutte le informazioni utili, di natura medica, sociale ed economica, sia attraverso il contatto diretto con Lei, i Suoi familiari o il Suo legale rappresentante, sia attraverso il contatto con Enti o Servizi che posseggono informazioni utili per comprendere la Sua situazione sul piano sanitario, sociale e assistenziale (es. il Comune, l'ospedale, etc);
2. gli operatori del PUA, se lo ritengono necessario, potranno effettuare visite presso il Suo domicilio o presso la struttura dove Lei dovesse trovarsi assistito/ricoverato;
3. il PUA trasferisce le informazioni raccolte all'UVT, che le utilizza per individuare e proporLe un progetto di assistenza e cura dove saranno indicati i tempi, le modalità e gli eventuali costi, il possibile coinvolgimento di altri Enti o Servizi, sanitari e sociali, idonei ad erogare gli interventi che La riguardano;
4. Lei o il Suo rappresentante legale verrà informato dell'esito della valutazione e del programma di intervento che Le proponiamo anche attraverso l'invio di comunicazione scritta;
5. precisiamo che la normativa vigente (Legge 219/2017) dispone che Lei fornisca il Suo consenso e che in qualsiasi momento possa revocarlo in tutto, rinunciando a tutte le prestazioni del sistema PUA UVT, o in parte, rinunciando a singole prestazioni, compatibilmente con la necessità di assicurare una valutazione funzionale alla definizione di un appropriato percorso di cura.

L'operatore del PUA che Le sottopone il presente scritto è a disposizione per fornirLe ogni ulteriore chiarimento prima che Lei proceda a compilare, in ogni sua parte, il modulo di consenso sottoriportato.

CONSENSO

Il/la Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____, il ____/____/____ e residente in _____
via _____ C.F. _____

in qualità di:

- ☐ destinatario delle prestazioni richieste al Punto Unico di Accesso (PUA)
- ☐ genitore o legale rappresentante (nel caso di soggetto minore, interdetto o assistito da amministratore di sostegno) di

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____, il ____/____/____ e residente in _____
via _____ C.F. _____

dichiara di essere stato informato verbalmente in maniera chiara ed esaustiva che, in seguito alla richiesta presentata al PUA, verranno espletate le attività come sopra riassunte.

✓ Data ____/____/____ Firma _____

Dichiara di aver compreso quanto gli è stato illustrato e spiegato

✓ Data ____/____/____ Firma _____

Dichiara di essere stato informato della possibilità di revocare in tutto o in parte, in qualsiasi momento, il presente consenso, rinunciando alla prestazione richiesta qualora incompatibile con le limitazioni poste all'operatività del Servizio PUA-UVT:

✓ Data ____/____/____ Firma _____

Dichiara di:

- ☐ dare il proprio assenso
- ☐ non dare il proprio assenso

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza all'avvio della procedura per la valutazione della richiesta allegata al presente modulo.

✓ Data ____/____/____ Firma _____

~~Revoca del consenso informato~~

~~Io sottoscritto _____ dichiaro di voler revocare:~~

- ~~☐ in tutto, il consenso precedentemente rilasciato~~
- ~~☐ in parte il consenso precedentemente rilasciato.~~

~~Specificare _____~~

~~Data _____ Firma _____~~

Per utenti di minore età, in caso sia presente un solo genitore, occorre allegare la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, compilata e sottoscritta dal genitore sotto la propria responsabilità attestante le condizioni relative alla titolarità e all'esercizio della potestà previste dagli artt. 155, 316 e 317 C.C. In caso il soggetto sia assistito da un legale rappresentante occorre allegare la documentazione attestante i poteri del legale rappresentante. In tutti i casi va accertata l'identità del dichiarante secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente e nella Procedura Aziendale in materia.



**INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13
E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

Titolare del trattamento: Azienda Sanitaria Locale di Sassari, in persona del Direttore Generale p.t. -Sassari- via E. Costa n° 57 direzione.generale@aslsassari.it; PEC: direzione.generale@pec.aslsassari.it

Responsabile della Protezione Dati (DPO/RDP): Avv. Giulio Maria Garofalo P.iva 0214340688- giuliomariagarofalo@gmail.com

Gentile Paziente, La informiamo che - ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali - i dati personali da Lei forniti in occasione delle prestazioni sanitarie erogate da Codesta Azienda saranno oggetto di trattamento nel rispetto della predetta normativa.

Finalità del trattamento - Il trattamento è finalizzato allo svolgimento delle seguenti attività istituzionali connesse alla tutela della salute: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; tutela della salute e dell'incolumità fisica del paziente e della collettività, per fini di sanità e igiene pubblica; prescrizione farmaci ed esami sanitari; accertamento e certificazione dello stato di salute e esecuzione di tutti gli adempimenti, anche amministrativi e contabili, correlati all'espletamento delle attività istituzionali connesse alla finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica. La informiamo che L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ha tra i suoi fini istituzionali anche la didattica, la sperimentazione e la ricercascientifico-statistica. Pertanto i Suoi dati potranno essere trattati anche per queste ulteriori finalità, con l'impegno da parte dell'Azienda a mantenere nel tempo elevati standard di protezione dei dati personali - che riguardano modalità di trattamento e personale autorizzato - e nel rispetto dell'obbligo di acquisire il Suo previo consenso nei casi previsti dalla legge.

Tipologia di dati - Verranno raccolti e trattati, nell'ambito delle finalità di cui sopra e nei limiti di quanto effettivamente necessario al loro perseguimento, dati generici, dati idonei a rivelare lo stato di salute attuale e pregresso, l'origine etnica, eventuali dati giudiziari legati all'attuale residenza dell'interessato, eventuali dati genetici.

Per quanto riguarda la prestazione del consenso, liberamente prestato, l'acquisizione del consenso è necessaria (ai sensi dell'art. 9, Par. 2 a) del RGPD) per i seguenti casi:

o per il trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari, tra cui quelli relativi allo stato di salute per il conseguimento delle finalità di tipo sanitario di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ed attività amministrative correlate e per la altre finalità sopra esposte nell'ambito delle funzioni istituzionali attribuite a questa ASL e ad attività collegate, ad eccezione di tutti i casi che secondo la vigente normativa rientrano nel concetto di "stato di necessità";

o per la comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) indicati specificamente dall'interessato;

o all'eventuale trasferimento dei dati personali verso un paese terzo, anche extra UE, o un'organizzazione internazionale, in mancanza di requisiti di legge inerenti il livello adeguato di protezione dei dati e in attuazione delle garanzie a tutela dell'interessato previste dal RGPD;

o per il trattamento di dati genetici, che, se necessario, sarà effettuato per finalità di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione.

Modalità del trattamento - Le attività di trattamento sui Suoi dati personali saranno svolte sia con l'utilizzo di documentazione cartacea, sia con modalità elettroniche mediante l'utilizzo di strumenti informatici e telematici, secondo logiche e finalità indicate in questa informativa o comunque previste dalla legge nazionale, dalla normativa comunitaria o, ancora, per gli scopi od il raggiungimento di finalità necessarie e indispensabili nell'esecuzione dell'attività svolta e/o richiesta, in modo lecito e secondo correttezza nonché nel rispetto del principio di minimizzazione. I suoi dati non verranno trattati tramite processi decisionali automatizzati o con tecniche di profilazione. In questa Azienda è attivo il servizio di consegna del referto on line (tramite supporto elettronico, Totem, etc...) che potrà essere utilizzato a seguito di acquisizione di specifico consenso.

Destinatari - I Suoi dati personali potranno essere comunicati, in relazione alle finalità di cui sopra, a Strutture aziendali differenti da quella che ha acquisito o prodotto il dato, per lo svolgimento di indagini cliniche, diagnostiche o consulenziali, a medici specialisti, farmacisti, medici associati e collaboratori, Responsabili esterni del trattamento, nonché ad altri Titolari o Contitolari del trattamento per adempiere ad obblighi di legge, nel rispetto della normativa vigente oppure su Sua specifica richiesta o indicazione. In ogni caso questa Azienda si impegna a garantire che i Suoi dati personali vengano trattati esclusivamente da soggetti previamente autorizzati ed istruiti, nonché tenuti per legge o per contratto alla massima riservatezza sui dati personali con cui entrino in contatto. I Suoi dati in ogni caso non saranno oggetto di diffusione, né verranno trasferiti in Paesi non appartenenti all'UE o ad organizzazioni internazionali che non abbiano ottenuto decisione di adeguatezza da parte della Commissione europea, abbiano aderito al Privacy Shield o utilizzino clausole contrattuali standard.

Obbligatorietà - Il conferimento dei dati ed il loro trattamento è indispensabile ed obbligatorio per poter usufruire delle prestazioni richieste. Eventuali situazioni di trattamento dati il cui conferimento è facoltativo verranno subordinate al rilascio del Suo preventivo consenso e non impediranno il normale svolgimento delle prestazioni sanitarie.

Conservazione dei dati - I dati personali, generici e sensibili, da Lei forniti e/o prodotti dall'Azienda saranno conservati per il tempo previsto dall'attuale normativa. In particolare, i dati relativi a ciascun episodio di ricovero, raccolti nella relativa cartella clinica unitamente ai loro referti, verranno conservati a tempo indeterminato. I dati prodotti in occasione di prestazioni ambulatoriali saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati raccolti e, in ogni caso, per il periodo ritenuto necessario per successive eventuali valutazioni in caso di ritrattamento. I dati utilizzati per le restanti tipologie di trattamento saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati raccolti a meno che Lei sia stato chiesto - e Lei abbia accordato - il consenso per un loro differente periodo di conservazione.



**INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13
E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

Diritti dell'interessato - La informiamo, inoltre, che ai sensi degli articoli 15-22 del succitato Regolamento, ha facoltà di esercitare in qualunque momento i seguenti diritti:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa: finalità del trattamento, categorie dei dati personali trattati, destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, periodo di conservazione;
- c) chiedere ed ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- d) opporsi al trattamento, salvo quanto necessario al Titolare per adempiere ad obblighi di legge;
- e) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- f) revocare il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- g) proporre reclamo ad un'autorità di controllo secondo le procedure reperibili sul sito del Garante.

L'esercizio dei diritti di cui alle lettere da a) ad f) potrà avvenire tramite l'invio di espressa richiesta ai contatti del Titolare.
Per maggiori informazioni o segnalazioni potete rivolgervi al Responsabile della Protezione Dati ai contatti sopra riportati.