

Modulo

Modulo domanda di accesso al servizio di trasporto per soggetti con fragilità socio-economica che necessitano di un trasporto da effettuare presso il SST per un ciclo ripetuto di prestazioni diagnostico-terapeutico

Il/la sottoscritto/a _____ CF _____
con residenza/domicilio sanitario in _____ via _____
frazione _____ tel _____ indirizzo email _____
_____ numero di cellulare _____ documento di
identità: tipologia _____ numero _____

CHIEDE

Di poter usufruire, in relazione alla prescrizione numero (NRE) _____
oppure di lettera di dimissione ospedaliera, rilasciata in data _____ dalla Azienda Sanitaria
_____ Reparto/Ambulatorio
_____ riportante la prescrizione del ciclo di prestazioni diagnostico
terapeutiche, del servizio di trasporto socio-sanitario ai sensi della DGR
_____, a tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. Lgs. 445/2000,
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne
faccia uso, di rientrare nella seguente categoria (barrare le opzioni sotto descritte):

- ✓ certificazione che attesti la condizione economica dell'anno in corso (ISEE);
- ✓ residenza o domicilio sanitario in un comune della Regione Toscana;
- ✓ sede di erogazione della prestazione sanitaria prescritta;
- ✓ la presenza di almeno uno (1) dei seguenti indicatori di fragilità sociale:
 - situazione socio-abitativa:
 - persona che vive da sola
 - oppure persona che vive con convivente disabile o figlio minore
 - oppure persona che vive con persona anziana > 70 anni

Allego (in caso di compilazione on-line):

- ✓ copia del documento d'identità in corso di validità

Luogo e data, _____

FIRMA

Le Amministrazioni procederanno a controlli sulla veridicità e autenticità delle dichiarazioni sostitutive presentate. Se da un controllo emerge che è stata presentata una falsa dichiarazione, i dichiaranti decadono immediatamente dal beneficio ottenuto grazie alla dichiarazione e sono soggetti alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi penali in materia.

Nel caso in cui l'istanza venga presentata da un delegato dell'aveute diritto dovrà essere presentata una apposita delega accompagnata dal documento del delegante.

**Informativa ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”:
Modulo da somministrare da parte dell’Azienda Sanitaria di riferimento”**

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”:

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine di favorire gli spostamenti verso le strutture sanitarie di persone che presentano una fragilità socio-economica, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente. La base giuridica del trattamento dei dati è individuata nell'art 6 let e) e nell'art 9 paragrafo 2 let g) del Regolamento UE/2016/679 e dall'art 2 sexies del Dlgs 196/2003 comma 2 let t.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1 L’Azienda sanitaria _____ è il Titolare del trattamento (dati di contatto: _____) e il/i Responsabile/i del trattamento è/sono _____

- 2 Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude alla fruizione del beneficio. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.

- 3 I suoi dati saranno conservati presso l’Azienda sanitaria _____ per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

- 4 Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati [*indicare dati di contatto del DPO*].

- 5 Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)