

Al Direttore Generale  
dell'ASL AL  
Via Venezia, 6  
15121 ALESSANDRIA

OGGETTO: Richiesta di prestazioni assistenziali presso Centri di Altissima Specializzazione all'estero  
D.M. 3.11.1989 – D.P.C.M. 1.12.2000 – Accordo Stato Regioni 06.02.2003.  
Ambito Specialistico Neuroriabilitazione.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

#### CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

per sè

per il proprio familiare \_\_\_\_\_  
(indicare nome, cognome e grado di parentela)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

a recarsi presso il Centro Estero \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_

Allega pertanto i seguenti documenti:

- copia del verbale della Commissione attestante l'Invalidità Civile;
- copia del verbale della Commissione attestante l'accertamento dell'handicap ex L. 104/92;
- proposta del Medico Specialista contenente le seguenti indicazioni:
  - la patologia del paziente;
  - l'indispensabilità delle indagini diagnostiche e/o delle terapie proposte;
  - i tempi massimi di attesa ritenuti compatibili con la patologia del paziente;

- l'indicazione della Struttura Estera alla quale ritiene debba rivolgersi il paziente;
- la motivazione della richiesta di ricorso a Strutture Sanitarie Estere;
- la necessità di uno o più accompagnatori e la motivazione;
- l'indicazione del mezzo di trasporto da utilizzare (auto privata, ambulanza, treno, treno con servizio speciale, volo di linea, volo speciale);

preventivo delle spese sanitarie qualora la Struttura sia privata o la modulistica di riferimento non contempli l'assoluta gratuità delle prestazioni;

preventivo vitto e alloggio per l'eventuale accompagnatore/i.

Sulla base dei preventivi di spesa sanitaria e/o di vitto e alloggio per l'accompagnatore/i presentati, si richiede l'erogazione dell'acconto da effettuarsi con accredito bancario presso:

Banca \_\_\_\_\_

Agenzia / Filiale di \_\_\_\_\_ conto corrente n. \_\_\_\_\_

CAB \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_ (obbligatorio).

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. 196/03**

Gentile assistito,  
ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 l'A.S.L. AL La informa che:

- a) **TITOLARE DEL TRATTAMENTO** dei dati personali, sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale che la riguardano e da Lei forniti o acquisiti da terzi è l'Azienda Sanitaria Locale AL, con sede in Alessandria, Via Venezia, n. 6, nella persona del Direttore Generale, legale rappresentante dell'Ente; il Titolare La informa che:
- Il trattamento dei dati raccolti viene effettuato nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.
  - I dati personali da Lei forniti sono:
    1. trattati in modo lecito e secondo correttezza;
    2. raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in tempi compatibili con tali scopi;
    3. esatti e, se necessario, aggiornati;
    4. pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e successivamente trattati;
    5. conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.
- b) **FINALITA' DEL TRATTAMENTO.** La raccolta e il successivo trattamento dei dati personali sono effettuati dall'A.S.L. AL per finalità di: prevenzione, diagnosi, cura, terapia, riabilitazione a tutela della salute e/o dell'incolumità fisica dell'interessato, su richiesta dello stesso o nei casi in cui questi ne è informato in quanto le prestazioni vengono effettuate nel suo interesse.
- c) **MODALITA' del trattamento.** I dati personali saranno organizzati in banche dati sia in forma cartacea che automatizzata. I dati potranno essere trattati dai Responsabili del trattamento e dal personale sanitario e amministrativo "incaricato" del trattamento. I dati potranno essere trattati anche da terzi, nel rispetto della normativa sulla privacy, incaricati di svolgere specifici servizi e operazioni necessari per l'effettuazione dei servizi dell'Azienda e nei limiti strettamente pertinenti alle finalità sopra indicate.
- d) **NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI.** Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per poter perseguire le finalità sopra elencate. L'eventuale diniego del consenso, salvo i casi espressamente previsti dalla legge, può comportare l'impossibilità di erogazione di servizi sanitari che necessitano della piena conoscenza dei dati idonei a rivelare lo stato di salute per il raggiungimento delle finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato.
- e) **COMUNICAZIONE DEI DATI.** I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici, a soggetti privati, ad enti pubblici economici, istituti o società di ricerca scientifica, nei soli casi previsti da una norma di legge o di regolamento, nel rispetto della normativa sulla privacy; la comunicazione dei dati è comunque limitata a quelli strettamente necessari ad effettuare gli adempimenti di competenza e il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità. I dati idonei a rivelare lo stato di salute non saranno oggetto di diffusione.
- f) **DIRITTI DELL'INTERESSATO.** In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti, elencati nell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, che qui si riproducono integralmente: "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.  
L'interessato ha il diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5 comma 2;
  - e) 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.
 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 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 e diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
 L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento dei dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale".
- g) **RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO** è il Dirigente Responsabile della Struttura Operativa che Le eroga la prestazione sanitaria. L'elenco nominativo dei Responsabili Privacy ASL AL è agli atti dell'Ufficio Legale – sede di Alessandria.

**CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale

**presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili**

tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato  
\_\_\_\_\_

.....  
**CONSENSO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE, IN CASO DI TRATTAMENTO DEI DATI DI MINORE O INCAPACE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, in qualità di:

**Genitore esercente la patria potestà**     **Tutore\***     **Amministratore di sostegno\***

Di \_\_\_\_\_, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003,

presta il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

di \_\_\_\_\_ necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\* In possesso del provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno n. \_\_\_\_\_, emesso dal Giudice \_\_\_\_\_ (oppure allegare copia del provvedimento)