



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

OGGETTO: Richiesta autorizzazione trasferimento all'estero per cure (evento parto).

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 all'estero per partorire presso l'Ospedale _____
_____ di _____ Stato Estero _____

in quanto:

- desidero partorire nello Stato ove risiede il marito;
- desidero ritornare nel mio Paese di origine per avere l'aiuto e l'appoggio della mia famiglia;
- sono titolare di borsa di studio e il parto avverrà nell'arco di tempo in cui svolgo le ricerche all'estero.

Allega i seguenti documenti:

- Certificazione del Medico Specialista italiano di Struttura pubblica o privata attestante la data presunta del parto;

- Certificato di matrimonio o autocertificazione;
- Certificato di residenza all'estero del marito o autocertificazione;
- Certificazione comprovante la titolarità della borsa di studio specificando, l'Università o Fondazione che la eroga, il luogo di svolgimento e la durata o autocertificazione.

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)