



U.O.C. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6/7

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

MODULO PER RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI

(non per atto medico)

PROT. N° _____

DATA _____

• **SOGGETTO CHE EFFETTUA LA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI:**

Cognome Nome

Nata/o il a Prov. (.....)

Residente in via

c.a.p Comune Prov (.....)

e -mail.....@.....

Telefono

(l'Ufficio si riserva di contattarla, telefonicamente o via mail, per chiarimenti ed integrazioni rispetto a quanto scritto)

• **SOGGETTO PER CONTO DEL QUALE VIENE EFFETTUA LA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI:**

PER SE STESSO PER CONTO DI:

Cognome Nome

Nata/o il a Prov. (.....)

Residente in via

c.a.p Comune Prov (.....)

e -mail.....@.....

Telefono

Relazione di parentela o altro.....

Possesso di **DELEGA**:

sì

NO



U.O.C. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
 Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA
 Palazzina E Ingresso 4
 Tel. 085.425.3201/2/6/7
 e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

OGGETTO DELLA RICHIESTA DI RISACIMENTO DANNI:

- **SMARRIMENTO** (specificare l'oggetto smarrito)

Avvenuto presso l'Unità Operativa di

In data o periodo di ricovero.....

- **INFORTUNIO ALL'INTERNO DELL'AREA ASI PESCARA**

..... (specificare dov'è avvenuto l'infortunio)

In data.....

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



U.O.C. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6/7

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• **DOCUMENTI ALLEGATI:**

1. Consenso al trattamento dei dati personali (obbligatorio)
2. delega alla presentazione (eventuale), a favore di
.....
3. altri documenti (eventuali, specificare quali):
.....

DATA:

FIRMA

.....

MODULI ALLEGATI

1. ***Informativa sul trattamento dei dati personali***
2. ***Consenso al trattamento dei dati personali***
3. ***Delega alla presentazione***



U.O.C. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6/7

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Artt. 13/14 Regolamento UE 679/2016

(PRY-INF-002 – Rev 1.0)

Gentile Utente,

al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui agli articoli 13 e 14, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento, La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti nell'ambito delle attività svolte dall'U.O.C. "URP" per le finalità sotto specificate, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL di Pescara.

1 ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E DATI DI CONTATTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara con sede in, Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara – email: segreteria_dg@asl.pe.it, PEC: protocollo.aslpe@pec.it

2 DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo: ASL di Pescara, Via Battaglione Alpini, 1 – 65017 Penne (PE). email: dpo@asl.pe.it, PEC: dpo.aslpe@pec.it; Tel. 085 8276332

Gli interessati «possono contattare il responsabile della protezione dei dati per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dal [...] regolamento» (articolo 38, paragrafo 4 del Regolamento).

3 FINALITÀ E BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO

I trattamenti di dati effettuati dalla ASL di Pescara nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali, nell'ambito delle attività svolte all'interno dall'U.O.C. "URP", comprensivi delle attività amministrative ad essi correlate, sono relative¹ alle finalità di tutela nei confronti dell'utenza, cui viene garantita la possibilità di sporgere reclamo in conseguenza di un disservizio ritenuto subito. Nello specifico, le finalità del trattamento riguardano la gestione delle segnalazioni per l'accoglimento di segnalazioni di problemi e disservizi. Le finalità del trattamento sono altresì concernenti la gestione delle segnalazioni aventi per contenuto "richieste di rimborsi/risarcimenti", "suggerimenti", "ringraziamenti" ed "elogi".

Le basi giuridiche di riferimento per le finalità sopra indicate sono dettate dagli artt. 2-ter, 2-sexies e 75 del Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito Codice), secondo quanto disposto dall'art. 2-septies dello stesso, e dai seguenti articoli del Regolamento:

- art. 6.1 lettera c) il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetta la Asl di Pescara, in qualità di Titolare del trattamento;
- art. 6.1 lettera e) – trattamento 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
- art.9.2, lettera g) – rilevante interesse pubblico nel settore della sanità pubblica
- art.9.2, lettera h) – finalità di cura e secondo le modalità previste dall'art. 9.3
- art.9.2, lettera i) – per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica

Per eventuali ulteriori finalità rispetto a quelle sopra indicate, potrà essere necessario il Suo esplicito consenso. Le basi giuridiche di riferimento, in questi casi, sono costituite dall'art. 6.1 lettera a) e dall'art. 9.2 lettera a) del Regolamento.

¹ Titolo I art. 1 All. C) "Regolamento regionale di Pubblica tutela" alla D.G.R. 274 del 18.04.2011: «Utenti, parenti o affini e gli Organismi di Volontariato e di Tutela dei diritti dei cittadini accreditati presso la Regione Abruzzo e/o afferenti alle Aziende Sanitarie Locali possono presentare osservazioni, opposizioni e reclami, che rilevano situazioni di disservizio e atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, nel rispetto delle norme vigenti in materia di privacy, da parte di Aziende Sanitarie Locali, di professionisti convenzionati con le ASL o di strutture private accreditate in rapporto con le ASL».



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6/7

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

4 AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)

I Suoi dati saranno trattati, nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio, esclusivamente da personale specificatamente nominato quale "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento".

I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, a soggetti espressamente previsti dalla normativa vigente; ulteriori comunicazioni potranno essere effettuate a soggetti che eseguano delle attività di trattamento per conto del Titolare, o con finalità e mezzi concordati e con cui siano stati stipulati specifici accordi (es.: Responsabili del Trattamento, Contitolari o Titolari autonomi):

- Regione/Agenzia regionale di sanità, altra Azienda Sanitaria, Direzione Provinciale Lavoro, Autorità Sanitaria (Sindaco);
- ai professionisti interni o esterni coinvolti nella gestione clinico assistenziale;
- alla compagnia assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per l'ipotesi di responsabilità;
- ad altri soggetti pubblici o privati (che svolgono attività istituzionale per conto della Azienda);
- all'Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza e ad altri soggetti pubblici, nei casi espressamente previsti dalla legge;

La Asl di Pescara, di norma, non effettua trasferimenti di dati personali verso Paesi terzi. È, però, possibile che i dati personali siano trasferiti verso Paesi terzi, esterni all'Unione Europea, se ciò è previsto da un obbligo di legge oppure in assolvimento di obblighi contrattuali verso un soggetto nominato dalla ASL quale Responsabile del trattamento, ovvero nell'ambito di attività di ricerca e sperimentazione. I trasferimenti verso Paesi extra UE saranno effettuati soltanto nel pieno rispetto della normativa, anzitutto verificando se quel Paese offra un livello adeguato di protezione dei dati personali; in mancanza di tale requisito il Titolare o il Responsabile del trattamento attuerà le garanzie a tutela dell'interessato previste dalla normativa stessa (tra cui, in alcuni casi, la richiesta di consenso al trasferimento).

5 DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento, con riferimento agli specifici articoli dello stesso:

- Accesso (art. 15)
- Rettifica (art. 16)
- Cancellazione (oblio) (art. 17): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- Limitazione del trattamento (art. 18)
- Portabilità (art. 20): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Lei può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

Il modello per richiedere l'esercizio dei diritti sui Suoi dati personali è scaricabile al seguente link:

<https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338>

6 DIRITTO DI REVOCA DEL CONSENSO

Per i trattamenti per i quali è prevista la base giuridica del consenso (artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento), Lei ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Lei può esercitare tale diritto mediante compilazione del modulo di consenso allegato alla presente informativa.

7 DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

Lei, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio, n. 121, CAP 00186 Roma, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

8 EVENTUALE FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

(da inserire manualmente a cura del soggetto autorizzato solo se i dati non sono raccolti presso l'interessato)

9 PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO

I Suoi dati saranno conservati solo per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità per cui sono raccolti, rispettando il principio di limitazione della conservazione di cui all'Art. 5, paragrafo 1, lettera e) del



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6/7

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

Regolamento, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

La tempistica di conservazione della documentazione contenente dati personali è regolamentata dall'allegato D – Massimario di Selezione del Manuale di Gestione del Sistema Documentale approvato con Deliberazione della ASL n. 275 del 28/03/2017 pubblicato sul sito aziendale <https://www.asl.pe.it/> nell'area "Amministrazione Trasparente".

In particolare, nel caso di reclami, altre segnalazioni da parte di utenti ed il relativo consenso al trattamento dati personali (parte integrante del procedimento) i tempi di conservazione previsti sono pari a 10 anni.

10 CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Le categorie di dati personali trattati sono le seguenti:

- Dati personali, dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale, data di nascita)
- Particolari categorie di dati personali (Dati relativi all'origine razziale o etnica, Dati relativi alla salute dell'interessato)

11 MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non; i suoi dati personali saranno, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo dell'Azienda, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento", nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

I Suoi dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9 del Regolamento), saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).

La protezione dei suoi dati è garantita dall'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi dell'art. 32 del Regolamento.

12 NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Per i trattamenti non soggetti a consenso il conferimento dei dati è indispensabile per potere erogare le prestazioni richieste e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile erogare suddette prestazioni, salvo per quelle che rivestano carattere di urgenza e/o siano disposte per legge.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei dati personali può consultare la sezione "privacy" del sito istituzionale della Asl di Pescara, alla pagina web <https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338>



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6/7

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Artt. 13/14 Regolamento UE 679/2016)

Premesso che il presente Modello integra il Modello di Informativa, di cui si dichiara di avere preso visione,

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____
residente a _____ in via _____ C.F. _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela / l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

(nome e cognome) _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà i propri dati personali e appartenenti a particolari categorie (vedi informativa)

AUTORIZZA

a ricevere una comunicazione per finalità organizzative quali (specificare a quale si autorizza):

adempimenti attinenti alla Gestione reclami per accoglimento segnalazioni di problemi e disservizi;

sondaggi per la valutazione delle prestazioni erogate

a mezzo contatto telefonico e/o sms al numero _____:

SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)

a mezzo posta elettronica all'indirizzo _____

SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestata)

- **altro (specificare): _____**

SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestata)

Con la firma del presente Modello dichiaro esplicitamente di avere letto e compreso la INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e di esprimere il mio libero, esplicito e inequivocabile consenso al trattamento per le specifiche finalità indicate nell'informativa, legate al trattamento dei dati personali.

Firma (leggibile) dell'Interessato _____

Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato da _____

_____ **ovvero**

Data _____ Firma _____ Doc. n _____

(se esercente la potestà o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello*):

.....

..... n° documento d'identità rilasciato da

il..... C.F.....

Familiare (indicare il rapporto di parentela)

Convivente

Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

Amministratore di Sostegno

acconsente al trattamento dei dati sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Data Firma del dichiarante

Alla consegna del presente Modello di consenso, debitamente compilato, presentarsi muniti di documento d'identità in corso di validità o con delega e documento anche del delegante.



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6/7

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Firma Operatore: _____ Data ____ / ____ / ____

Inserita nel database gestione consensi:

Firma Operatore: _____ Data ____ / ____ / ____

Note: _____