

RICHIESTA SCELTA MEDICO IN DEROGA ALLA RESIDENZA

Ai sensi della L. 833/78 DPR 314/90 - Accordo Conferenza Stato Regioni 8/5/2003 - ACN 23/3/2005 e successive modifiche

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente in _____ (prov. _____) via/piazza _____

n.civico _____ tel. _____ indirizzo mail _____

temporaneamente domiciliato in _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

CHIEDE DI POTER SCEGLIERE PER SE' E/O PER:

Nome/cognome	data di nascita	grado di parentela

QUALE MEDICO DI FIDUCIA IL DOTT. _____

PER I SEGUENTI MOTIVI:

- **Lavoratori a tempo determinato o indeterminato superiore a 3 mesi, nell'Ambito di appartenenza del Medico scelto** (allegare contratto di lavoro) - scadenza come contratto/massimo 1 anno - rinnovabile
- **Militari in carriera e loro familiari assegnati ad altra sede per oltre tre mesi** (allegare dichiarazione dell'autorità militare o autocertificazione) - 1 anno rinnovabile
- **Personale religioso** (allegare dichiarazione Diocesi, Casa Madre ecc...) - 1 anno - rinnovabile
- **Dipendenti pubblici e/o privati e loro familiari in missione per oltre tre mesi** (allegare dichiarazione del datore di lavoro o autocertificazione) - scadenza come contratto/massimo 1 anno - rinnovabile
- **Insegnanti con attività superiore a tre mesi** (allegare dichiarazione dell'autorità scolastica o autocertificazione) - durata anno scolastico - rinnovabile

- **Motivi di salute** (allegare certificazioni mediche e/o documentazione clinica, verbale di invalidità, esenzione per patologia) - rinnovabile
 - ◆ Ultrasettantacinquenni domiciliati
- **Studio** (allegare dichiarazione Istituto Scolastico/ Università o autocertificazione) durata anno scolastico/accademico - rinnovabile

Si prega voler allegare il foglio di accettazione del Medico scelto (solo per i residenti all'interno dell'ASLAL, ma fuori ambito)

E' necessaria la cancellazione del medico dell'Asl di residenza, in caso di accoglimento della pratica.

Specificare l'indirizzo di posta elettronica dell'Ufficio Scelta e Revoca dell'ASL di residenza:

PER PRESA VISIONE

_____ (luogo e data)

Il/la dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

RISERVATO ALL'UFFICIO

ESITO DELLA RICHIESTA:

ACCOLTA

NON ACCOLTA

Motivazione _____

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:

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 Casale Monferrato (AL), V.Le Giolitti n. 2, 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:

trattati in modo lecito e secondo correttezza;

raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in tempi compatibili con tali scopi;

esatti e, se necessario, aggiornati;

pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e successivamente trattati;

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.

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.

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.

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.

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.

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:

- dell'origine dei dati personali;
- delle finalità e modalità del trattamento;
- della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5 comma 2;
- 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:

- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- 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;
- 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:

- per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- 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";
- 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 Tortona.

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)