

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA:

- A) di essere di sesso: ☐M ☐F
- B) di avere cittadinanza _____,
- C) di risiedere
- a. in via/piazza _____ n° _____
- b. Comune _____
- c. CAP _____
- d. Provincia _____
- e. n° tel. _____
- f. n° cell. _____
- g. e-mail _____
- D) di non avere residenza ☐ _____,
- E) di non avere domicilio ☐ _____
- F) *(da compilare se la residenza è diversa dal domicilio)*
- di essere domiciliato in via/piazza _____ n° _____
- Comune _____ CAP _____ Provincia _____
- _____ n° tel. _____
- G) **di essere in possesso del seguente titolo di studio** *(Indicare il titolo di studio più elevato posseduto; in assenza di titolo riconosciuto indicare il titolo maggiormente assimilabile):*
- ☐ 00 Nessun titolo
 - ☐ 01 Licenza elementare
 - ☐ 02 Licenza media/avviamento professionale
 - ☐ 03 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (Qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
 - ☐ 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
 - ☐ 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchio ordinamento)
 - ☐ 06 Diploma di tecnico superiore (ITS)
 - ☐ 07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
 - ☐ 08 Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
 - ☐ 09 Titolo di dottore di ricerca

H) di essere attualmente nella seguente condizione professionale: (barrare una sola casella):

- ☐ 01 In cerca di prima occupazione (non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro) – **Compilare punto G)**
- ☐ 02 Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG ordinaria) -
- ☐ 03 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità - CIG straordinaria – Contratti solidarietà difensivi) - **Compilare il punto G)**
- ☐ 04 Studente
- ☐ 05 Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

I) di essere alla ricerca di lavoro da (durata) – (compilare in caso di disoccupato o in cerca di prima occupazione; barrare una sola casella):

- ☐ 01 Fino a 6 mesi (≤ 6)
- ☐ 02 Da 6 mesi a 12 mesi (≤ 12 mesi)
- ☐ 03 Da 12 mesi e oltre (> 12)
- ☐ 04 Non disponibile

J) di appartenere a una delle seguenti categorie di vulnerabilità:

- ☐ 01 Persona disabile
- ☐ 02 Cittadino/a di paesi terzi
- ☐ 03 Partecipante di origine straniera
- ☐ 04 Appartenente a minoranze (comprese le comunità come i Rom)
- ☐ 05 Persona senzatetto o persone colpite da esclusione abitativa
- ☐ 06 Persona che vive in zone rurali
- ☐ 07 Altro tipo di vulnerabilità

DICHIARAZIONE

.....I....sottoscritt... dichiara di essere a conoscenza che l'intervento è finanziato dal "Programma Nazionale Equità nella Salute" a valere sui fondi europei FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) e FSE+ (Fondo Sociale Europeo Plus)

Allegati n° ____:

- copia documento di identità
- copia documento comprovante i requisiti di vulnerabilità socio – economica (allegato obbligatorio):
- ☐ ISEE inferiore a 10.000 euro
- ☐ STP
- ☐ ENI
- ☐ Esenzione per reddito
- ☐ Dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza

- ☐ Dichiarazione attestante la situazione di indigenza o disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS)
- ☐ Documentazione riferita all'intervento di *outreach* svolto in contesti deprivati

Data

Firma del paziente

Per i minori di anni 18 e per le persone con tutela legale, firma del genitore o di chi ne esercita la tutela

DATI Genitore o tutore

• Nome
• Cognome
• CF
• Indirizzo
• Telefono
• Email

A cura dell'Azienda sanitaria

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 2000 la presente dichiarazione è stata:

☐ sottoscritta, previa identificazione del dichiarante, in presenza del dipendente addetto,

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

*Il soggetto incaricato dall'Azienda sanitaria alla compilazione e raccolta della presente scheda di adesione (Inserire Nome e Cognome) ha provveduto a compilare la **Sezione "Condizione di accesso del partecipante"** e ad allegare il corrispondente documento comprovante*

Firma dell'incaricato della Azienda Sanitaria

L'ASP di Trapani ha adottato un regolamento in materia di protezione dei dati personali sulla base del Regolamento Europeo 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 modificato dal D. Lgs. 101/2018.

Il presente Regolamento ha per oggetto misure procedurali e regole di dettaglio ai fini della migliore funzionalità ed efficacia dell'attuazione del Regolamento europeo (General Data Protection Regulation del 27 aprile 2016 n. 679, di seguito indicato con "GDPR", o Regolamento Generale Protezione Dati), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo ai trattamenti dei dati personali nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani.

Di seguito si riporta l'informativa sul trattamento dei dati personali secondo il modello adottato dall'Azienda:

INFORMATIVA PRIVACY

(Ai sensi degli art. 13-14 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation- “GDPR))

Gentile Signora/Egregio Signore Si forniscono le seguenti informazioni sul trattamento dei dati personali effettuato dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani con sede in Via Mazzini, n. 1, Trapani 1. Titolare del trattamento Titolare del trattamento dei suoi dati è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani con sede in Via Mazzini, n. 1, Trapani – nella persona del Legale Rappresentante pro tempore contattabile all'indirizzo e-mail: direzione.generale@asptrapani.it e all'indirizzo Pec: direzione.generale@pec.asptrapani.it. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani adegua la propria organizzazione al fine di ottenere che il trattamento dei dati personali si svolga 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.

2. Data Protection Officer - DPO (Art. 13.1, lett. b) Reg.679/2016) Il titolare del Trattamento dei suoi dati ha individuato, ai sensi dell'art. Art. 37 Reg. 679/2016 il proprio Data Protection Officer (DPO) contattabile all'indirizzo Pec: dpo@pec.asptrapani.it.

3. Finalità del Trattamento e base giuridica del trattamento (Art. 13.1, lett. c) Reg.679/2016) I dati da Lei Forniti, ivi compresi quelli c.d. “Particolari”, ex art. 9 GDPR, verranno utilizzati per le seguenti finalità: a) finalità di prevenzione e tutela della salute (attività di diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza o terapia sanitaria o sociale a suo favore); b) attività amministrative e certificatorie strettamente connesse e strumentali alle prestazioni erogate e, in generale, alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, gestione incassi e pagamenti); c) eventuale attività di ricerca e sperimentazione scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico, previo specifico consenso dell'interessato per ciascun protocollo di ricerca; d) attività didattiche e di formazione professionale, inclusa la possibile presenza di un numero circoscritto di studenti autorizzati e/o tirocinanti durante l'erogazione di prestazioni sanitarie; e) finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, ivi incluse l'instaurazione, la gestione, la pianificazione e il controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati con il servizio sanitario nazionale. Tutti i dati personali comuni e particolari da Lei comunicati sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità: • il suo consenso (Art. 6.1, lett. a) Reg. 679/2016); • l'adempimento di un obbligo contrattuale di cui l'interessato è parte (Art. 6.1, lett. b) Reg. 679/2016); • l'adempimento di un obbligo di legge (Art. 6.1, lett. c) Reg. 679/2016); • la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato e/o della collettività (Art. 6.1, lett. d) Reg. 679/2016); • l'esercizio di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri (Art. 6.1, lett. e) Reg.679/2016). In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'Interessato verranno trattati: • Inserimento nelle anagrafiche e nei database informatici aziendali; • Gestione di obblighi di natura contabile e fiscale; • Gestione di incassi e pagamenti; • Gestione della prestazione richiesta dall'interessato; • Rendicontazione nei confronti degli enti ai quali la normativa riconosce poteri di monitoraggio e controllo nei confronti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani; • Ottemperare a specifiche richieste dell'Interessato.

4. Modalità di trattamento I dati personali sono trattati, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, con sistemi manuali, informatici e automatizzati. Si precisa che i suoi dati sono oggetto di trattamento da parte di soggetti debitamente incaricati all'assolvimento di tali compiti, costantemente identificati e autorizzati, opportunamente istruiti e resi edotti dei vincoli imposti dalla legge, nonché mediante l'impiego di misure atte

a garantire la tutela della sua riservatezza e ad evitare i rischi di perdita o di distruzione, di accessi non autorizzati, di trattamenti non consentiti o non conformi alle finalità di cui sopra.

5. Categorie di soggetti destinatari dei dati e trasferimento verso paesi extra UE (Art. 13.1, lett. e) Reg. 679/2016) I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati): • ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva; • ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale alla gestione della prestazione richiesta nei modi e per le finalità sopra illustrate; • ai fornitori di servizi strettamente correlati e funzionali alle attività del titolare, i quali opereranno in qualità di titolari autonomi o responsabili del trattamento ai sensi dell'art.28 GDPR; • altri soggetti autorizzati dall'interessato a ricevere la comunicazione dei dati sanitari; • agli uffici postali, a spedizionieri ed a corrieri per l'invio di documentazione e/o materiale; • ad istituti bancari per la gestione d'incassi e pagamenti derivanti dall'esecuzione dei contratti. Qualora il trattamento dei dati comportasse il trasferimento verso un paese extra-UE o un'organizzazione internazionale, saranno applicate le garanzie previste dall'art. 46 del GDPR. Si rende edotto l'Interessato che il conferimento dei dati personali oggetto della presente informativa risulta essere necessario al fine di poter erogare nel modo corretto la prestazione richiesta dallo stesso. Nell'eventualità in cui tali dati non venissero correttamente forniti non sarà possibile soddisfare le richieste dell'Interessato. Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati. I dati personali relativi allo stato di salute, la vita sessuale, i dati genetici ed i dati biometrici non vengono in alcun caso diffusi (intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati).

6. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) L'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani tratterà i dati ai sensi della normativa vigente al Suo Fascicolo Sanitario Elettronico.

7. Periodo di conservazione dei dati Il titolare rende noto che i dati personali dell'interessato, oggetto del trattamento, saranno trattati per il solo periodo di tempo necessario al raggiungimento delle finalità di cui al precedente paragrafo 2, dopodiché verranno conservati unicamente in esecuzione degli obblighi di legge vigenti in materia, nel rispetto dei tempi di conservazione previsti dalle norme vigenti e dal Massimario di Scarto aziendale.

8. Esistenza di un processo decisionale automatizzato/profilazione I dati non sono sottoposti a processi decisionali automatizzati, così come disposto dall'art. 22 del GDPR.

9. Diritti dell'interessato A ciascun interessato al trattamento, sono garantiti i diritti di cui agli artt. 15 -22 del GDPR, consistenti essenzialmente nel diritto di ricevere dall'altra parte contrattuale informazioni in merito all'esistenza del trattamento dei suoi dati personali, nonché di accedere ai propri dati, di ottenerne la rettifica, l'integrazione, l'aggiornamento, la cancellazione o il blocco; ciascun interessato, inoltre, avrà il diritto di ottenere una copia dei suoi dati, la limitazione del trattamento e/o, ancora, di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati e a proporre reclamo alle autorità di controllo competenti, alle condizioni e nei limiti indicati all'art. 77 del GDPR. Per esercitare i suddetti diritti, gli interessati possono inviare una

richiesta scritta al titolare, all'indirizzo e-mail: direzione.generale@asptrapani.it oppure al Data Protection Officer ("DPO"), all'indirizzo pec: dpo@pec.asptrapani.it. La presente informativa potrà essere integrata,

oralmente o per iscritto, con ulteriori elementi ed indicazioni, per soddisfare al meglio qualunque sua esigenza conoscitiva in materia "Privacy" e per assecondarne l'evoluzione.

Firma del paziente

Per i minori di anni 18 firma del genitore o di chi ne esercita la tutela
