

DOMANDA PER ASSEGNO DI CURA Delibera GRT n. 721/2009

Zona Distretto di _____ Prot. n _____ del _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e smi)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____ Nato/a _____

Prov. _____ il _____ Residente a _____ Prov _____ Via/Piazza _____

_____ n. _____ Tel. Abitazione _____ Cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

Codice Fiscale																						
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico Curante Dr. _____

Consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di essere affetto da malattie di motoneuroni indicando la patologia di cui è affetto: *(barrare con una x)*:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sclerosi Laterale Amiotofica | <input type="checkbox"/> Atrofia Muscolare Spinale tipo II, III e IV |
| <input type="checkbox"/> Sclerosi Laterale Primaria | <input type="checkbox"/> Sindrome post-polio |
| <input type="checkbox"/> Atrofia Muscolare Progressiva | <input type="checkbox"/> Malattia di Kennedy |
| <input type="checkbox"/> Paralisi Bulbare e Pseudobulbare Progressiva | <input type="checkbox"/> Deficit di esosaminidasi A |
| <input type="checkbox"/> Paraparesi spastiche ereditarie | |

Di percepire un contributo economico di € _____ per _____ assegnato dall'Azienda USL Toscana Centro

CHIEDE

di essere sottoposto/a a valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) per accedere all'assegno di cura istituito dalla Regione Toscana ai sensi della Delibera di Giunta n. 721 del 3 agosto 2009 presso il seguente indirizzo: **(specificare solo se diverso da quello della residenza)** _____

- che l'indirizzo presso il quale inviare all'interessato la risposta dell'esito della valutazione richiesta è il seguente: *(specificare solo se diverso da quello della residenza)*

Cognome - Nome _____ Via, n. civico, cap, Comune _____

A tal fine allega copia della documentazione sanitaria in suo possesso

Per le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuato dall'Azienda USL Toscana Centro a seguito della ricezione del presente modello, si rappresenta che **l'Azienda, in qualità di titolare del trattamento** (con sede in Piazza S.M.Nuova, 1 Firenze **PEC: direzione.uslcentro@postacert.toscana.it**) tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di trattazione delle istanze pervenute, nonché di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. **Il conferimento dei dati è obbligatorio** e la loro mancata indicazione non consente di effettuare il procedimento attivato con il presente modello. I dati acquisiti nell'ambito della procedura saranno **conservati** in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I **dati saranno trattati** esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Azienda (designati **referenti e incaricati**) o da soggetti espressamente nominati come **responsabili del trattamento**. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttorie e nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Azienda, nei casi previsti, **l'accesso ai propri dati personali** e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza all'Azienda è presentata contattando il **Responsabile della protezione dei dati** (responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it) scaricando il fac-simile di domanda dal sito istituzionale www.uslcentro.toscana.it link *Privacy in Azienda - Modulo per esercizio diritti interessato*. Sempre dal sito istituzionale è possibile consultare l'elenco aggiornato dei **Referenti del trattamento dei dati**. Le ricordiamo che potrà esercitare il diritto di reclamo presso il Garante per protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Data _____ Firma del Richiedente _____ (leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dal dichiarante e inviata all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità valido del dichiarante o senza alcun documento di identità se la presente istanza è firmata digitalmente (art. 65 D.Lgs 7/03/2005 n. 82).