## Allegati al flusso di Cure Palliative Specialistiche

## Allegato 1

# INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Scheda informativa sulla privacy ed autocertificazione (DCA 431/2012)

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte di questo servizio.

1) *Quali dati trattiamo?*
   I dati identificativi (nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono) e quelli inerenti il suo stato di salute e le sue condizioni sociali, indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia, che ci lega.
2) *Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?*
   I dati vengono raccolti attraverso i modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Codice delle Privacy.
3) *É obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti?*
   I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di istaurare il rapporto necessario per assisterla.
4) *A chi possono essere comunicati i dati, quale è l'ambito di diffusione?*
   Nell'ambito delle attività di tipo amministrativo-sanitario si rende spesso necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati a diversi soggetti quali ad esempio laboratorio analisi, farmacia, Medico Curante, "RSA", hospice, reparti ospedalieri, soggetti accreditati del ruolo sanitario che operano per conto della ASL. Per gli utilizzatori di apparecchi elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il piano anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.
5) *Quali sono i suoi diritti, come farli valere?*
   Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, direttamente a noi o alla Direzione Aziendale, in qualsiasi forma (e-mail, fax, lettera).
   In relazione al trattamento di dati personali Lei ha difatti diritto:
   A) di indicare i soggetti da escludere nelle fasi di comunicazione;
   B) di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati;
   C) di fare aggiornare, integrare, rettificare o cancellare tali dati;
   D) di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma;
   E) nell'esercizio di tali di dritti può conferire, per iscritto, delega o procura o persone fisiche o ad associazioni.
6) *Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare?*
   Ogni professionista della ASL e del Comune secondo le sue personali esigenze svolge la funzione di titolare del trattamento dati.

Acconsento al trattamento esclusivamente ai seguenti soggetti (cancellare quelli che non interessano):
MEDICO FAMIGLIA / MEDICO OSPEDALIERO / OPERATORE PUA / CAD / NPIA
SERVIZI SOCIALI COMUNE / SERD / DSM-DP / ALTRO
NON AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare a chiunque notizie sul mio stato di salute ovvero la presenza presso questa struttura.
AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig._____ Tel._____
Sig._____ Tel._____

Firma_____

Se non è il diretto titolare del diritto allegare autocertificazione.

# Allegato 2

Dichiarazione sostitutiva della
**CERTIFICAZIONE GENERICA** (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 Allegato n.3 al DCA 431/2012)
---
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455

**Il Sottoscritto** _____

nato a _____, il _____/_____/_____

residente a_____ (prov._____)

in_____ n°_____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle eleggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA CHE**

L'interessato/a cui si riferisce la segnalazione / richiesta di intervento distrettuale,

Sig. /Sig.ra _____

nato a _____il_____/_____/_____

residente a _____(prov._____)

in_____ n°_____

É impossibilitato ad esprimere il suo consenso al trattamento dei dati necessari a dare seguito alla segnalazione stessa, trovandosi in un delle seguenti condizioni: impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere.
Il consenso viene pertanto espresso dal sottoscritto, che si trova in una delle seguenti condizioni
(cancellare le voci che non interessano):

- esercente legalmente la potestà
- prossimo congiunto
- familiare
- convivente
- altro (specificare): _____

Firma _____

**Allegare fotocopia del Documento in corso di validità**