



Direttore Distretto SS di \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Oggetto: RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE**

Il/La richiedente \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per sè stesso       in qualità di familiare       in qualità di amministratore di sostegno
- in qualità di tutore       per sè quale accompagnatore

del sig./sig.ra \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

ai sensi delle seguenti disposizioni regionali:

- L.R. n. 25 del 21/11/1996
- L.R. n. 12/2005 art. 13
- L. R. n 51/2021 art. 12 co. 2

- Prima istanza       Istanza successiva       Emergenza

Il rimborso delle spese da sostenere/sostenute per effettuare le cure presso il Centro Malattie Rare extraregionale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo mail dello specialista referente \_\_\_\_\_

per:     visita specialistica       day hospital/day service       ricovero

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si allega copia della prenotazione e/o programmazione specialistica a cura del Centro e la documentazione sanitaria compresa l'indicazione della motivazione per cui risulta necessario recarsi presso un Centro MR fuori Regione Puglia.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

## **Informativa agli utenti per il trattamento dei dati personali per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (art. 13 Regolamento UE 2016/679)**

**Gentile Signora/Signore,**

La presente Informativa viene resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

### **CHI TRATTA I TUOI DATI**

Titolare del trattamento dei Tuoi dati personali, compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute, è l'Azienda Sanitaria Locale di Barletta – Andria – Trani, con sede in Andria, Via Fornaci 201, Telefono 0883-299111, e-mail: [andrea.scarpellini@aslbat.it](mailto:andrea.scarpellini@aslbat.it), PEC: [protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it)

### **RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)**

Il Titolare del trattamento ha nominato il Responsabile per la Protezione dei dati Personali (RPD), Avv. Andrea Scarpellini Camilli, ai sensi dell'art. 37 del "GDPR", contattabile al seguente indirizzo mail: [andrea.scarpellini@aslbat.it](mailto:andrea.scarpellini@aslbat.it); pec [dpo.aslbat@pec.rupar.puglia.it](mailto:dpo.aslbat@pec.rupar.puglia.it), telefono 0883-299466

### **FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

I Tuoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità:

1. Espletare gli adempimenti amministrativi e gestionali e svolgere attività di monitoraggio e valutazione dei servizi sanitari (attività amministrative e certificatorie correlate a quelle di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale)
2. Effettuare attività di programmazione per la gestione, il controllo e la valutazione dell'assistenza sanitaria (ivi incluse l'instaurazione gestione pianificazione e controllo dei rapporti tra Azienda Sanitaria e gli eventuali centri accreditati/convenzionati con il SSN)
3. Espletare gli adempimenti di legge connessi a norme civili contabili e fiscali
4. Effettuare ricerca scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico, nel rispetto dei limiti e delle condizioni dettate dalla legge
5. Gestire l'eventuale contenzioso

### **BASI GIURIDICHE**

I Tuoi dati personali sono trattati solo se abbiamo una base giuridica per farlo. Per le finalità sopra indicate la base giuridica del trattamento è costituita da:

1. Motivi di interesse pubblico rilevante
2. Motivi di interesse pubblico nel settore della Sanità pubblica
3. Adempimento a obblighi di legge o di Regolamento
4. Salvaguardia dei Tuoi interessi vitali
5. Necessità di accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o ogni qualvolta le autorità giurisdizionali esercitano le loro funzioni
6. In alcuni casi specifici attraverso l'espressione del Tuo consenso (Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, il Dossier Sanitario elettronico, dati genetici referti on line, etc.)

### **PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I Tuoi dati sono conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge, in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (c.d. Massimario di scarto).

### **COMUNICAZIONE DEI DATI E CONSEGUENZE SUL MANCATO CONFERIMENTO**

Il conferimento dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è obbligatorio. Il rifiuto di fornire i dati richiesti comporta, a seconda dei casi, l'impossibilità di accedere alle prestazioni sanitarie e/o l'impossibilità di ottenere i benefici economici richiesti e/o previsti dalla normativa vigente.

## **MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento dei dati sarà effettuato in forma automatizzata e/o manuale, sia informatica che cartacea, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, nonché l'esattezza, l'aggiornamento e la pertinenza dei dati personali rispetto alle finalità dichiarate.

## **CATEGORIE DEI DESTINATARI**

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni e secondo i profili attribuiti agli stessi (compresi medici in formazione specialistica, tirocinanti, ecc.), nonché, nei casi stabiliti da leggi, regolamenti o per l'espletamento di funzioni istituzionali, alle seguenti categorie di Soggetti esterni:

1. Altri Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale (es. altre Aziende Sanitarie, ARESS – Coordinamento Malattie Rare, Regione Puglia, etc.)
2. Altri Enti Pubblici o Università (pubbliche o private)
3. Comune di residenza (es. dati relativi a nascite e decessi, trattamenti sanitari obbligatori)
4. Soggetti qualificati ad intervenire in controversie in cui è parte l'Azienda (compagnie assicurative, legali e consulenti, etc.) al fine di tutelare gli operatori e l'Azienda stessa nelle ipotesi di responsabilità
5. Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita
6. Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge
7. Imprese esterne alle quali è affidato il compito di svolgere specifiche operazioni necessarie per garantire i servizi dell'Azienda, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità di cui sopra, e i fornitori di beni e servizi di sviluppo, erogazione e gestione operativa delle piattaforme tecnologiche impiegate nell'azienda (ad esempio: portale per consultazione referti online, fornitura strumenti di diagnostica, etc.) tutti, previamente nominati quali "Responsabili Esterni" del trattamento

## **TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZI O E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE**

I Tuoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi non europei. Il Titolare del trattamento rende noto che, qualora necessario, l'eventuale trasferimento di dati verso Paesi extra UE avverrà nel rispetto della normativa vigente. Solo per fini di ricerca scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico i tuoi dati potranno essere comunicati in paesi non appartenenti alla Unione Europea nel rispetto dei limiti e condizioni dettate dalla legge italiana e/o dalla regolamentazione Europea (es: previo specifico consenso e anonimizzazione o pseudonimizzazione del dato).

## **DIRITTI DEGLI INTERESSATI**

Hai il diritto (v. artt. 15 - 22 del "GDPR") di chiedere all'Azienda di accedere ai Tuoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, oppure opposti per specifici e legittimi motivi. Hai altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Oltre ad esercitare i diritti sopra elencati contattando il Responsabile per la Protezione dei Dati (vedi sopra), hai anche il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo competente in materia, Garante per la Protezione dei Dati Personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

**Modulo di consenso per il trattamento dei dati personali per le attività di prevenzione, diagnosi,  
cura e riabilitazione (art. 13 Regolamento UE 2016/679) –  
RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI CON  
MALATTIA RARA**

PAZIENTE .....  
(Nome e Cognome in stampatello)

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome in stampatello) .....

..... nato/a a..... il: ..... / ...../

in proprio, in quanto soggetto maggiorenne con piena capacità d'agire e di intendere e volere,

**Dichiaro:**

- di aver preso visione dell'informativa scritta sopra riportata e di aver compreso le informazioni in essa contenute, e di essere stato adeguatamente informato dei diritti esercitabili dall'interessato;
- di **ACCONSENTIRE** al trattamento dei dati personali nell'ambito della procedura per il rimborso spese sostenute da pazienti affetti da malattie rare per le cure fuori-regione, nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento;

Dichiarazioni eventuali del paziente, domande aggiuntive o altri aspetti del consenso informato:

.....  
.....

Nome ..... Cognome .....

Nome e cognome per esteso in stampatello PAZIENTE

Data .....

Firma del PAZIENTE

.....

Nel caso di richiesta presentata dai genitori familiare, caregiver o tutore legale, amministratore di sostegno, o se il presente modulo di consenso informato viene letto al/alla richiedente in quanto non è in grado di leggerlo e/o firmarlo autonomamente in presenza di due testimoni imparziali:

Genitore/Familiare/Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno

Io sottoscritto dichiaro che al paziente sono state correttamente spiegate le modalità di trattamento dei suoi dati personali e che il paziente ha acconsentito liberamente al trattamento dei suoi dati personali per gli scopi della presente procedura nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

Nome e cognome per esteso: .....

Data .....Firma .....

Genitore/Familiare/Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno Io sottoscritto dichiaro che al paziente sono state correttamente spiegate le modalità di trattamento dei suoi dati personali e che il paziente ha acconsentito liberamente al trattamento dei suoi dati personali per gli scopi della presente procedura nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

Nome e cognome per esteso:

.....

---



ASL BT

PugliaSalute

**A cura del Distretto SocioSanitario**

si autorizza

(previa esibizione in originale delle spese sostenute per biglietti aerei, ferroviari o altre spese di trasporto; pedaggio autostradale; spese vitto, pernottamento e altro)

non si autorizza

per il seguente motivo

\_\_\_\_\_

Il Direttore del Distretto SS

\_\_\_\_\_