

Servizio di Assistenza Protesica

 via Giuseppe Comes 31 – Bitonto tel. 080.584.7249- 5847334; email: protesica.bitonto@asl.bari.it
RICHIESTA DI ASSISTENZA PROTESICA

Parte riservata alla segreteria

N. progressivo di arrivo	Del	Posizione archivio n.
--------------------------	-----	-----------------------

Al DSS N°3, Servizio Assistenza Protesica

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a		Documento identità	
		n.	
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

 in qualità di: diretto interessato

 Ovvero in qualità di: genitore esercente la potestà tutore delegato (si fa rinvio all'atto di delega)

 amministratore di sostegno curatore

del seguente beneficiario:

Sig./Sig.ra			
nato/a a		Documento identità	
		n.	
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

- **CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione** alla fornitura di _____ come da prescrizione specialistica allegata
- **DICHIARA di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali
- **DI AVER PRESO VISIONE dell'informativa sul trattamento dei dati** personali nell'ambito dell'assistenza protesica ed integrativa;
- **DICHIARA**, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, **di non versare in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse**, ai sensi della normativa vigente;
- **ALLEGA autocertificazione residenza dell'interessato delegante.**

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA DELL'ISTANTE

Il sottoscritto/a		C.F.	
nato/a a		il	
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 DICHIARA di			
essere residente a	()	CAP	alla via
data		Firma	

Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation)

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

 I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it. Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy.

Data _____

Firma _____

L'ufficio ricevente _____

(Firma dell'addetto)