

**U.O.C. CURE PRIMARIE**  
Servizio Esenzioni Ticket

**RICHIESTA ESENZIONE TICKET PATOLOGIA/INVALIDITA'**  
(compilare in stampatello – calligrafia leggibile)

Il/la sottoscritto/a .....

nato a..... (.....) il.....

residente in....., via.....

n..... cap..... CODICE FISCALE

oppure

nella sua qualità di Tutore/Curatore/AdS/Esercente la responsabilità genitoriale di/su:

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

nato a..... (.....) il.....

CODICE FISCALE

richiede

esenzione ticket per:  PATOLOGIA  INVALIDITA'

**TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito anche “GDPR”), l’ASL Roma 2, con sede in Roma, via Maria Brighenti n. 23 Edificio B, informa che, in qualità di Titolare del trattamento, tratterà i dati inseriti nel presente modulo e nei suoi allegati direttamente dall’interessato o da chi ne esercita la rappresentanza legale, anche appartenenti a categorie particolari (ovvero i dati relativi allo stato di salute), per la gestione in tutte le sue fasi della richiesta di esenzione. Base giuridica del trattamento si rinviene nell’essere lo stesso necessario per finalità di gestione dei sistemi e servizi sanitari (art. 9, par. 2, lett. h del GDPR). **Previo espresso consenso** (art. 9, par. 2, lett. a del GDPR), inoltre, **sarà possibile richiedere l’invio a mezzo e-mail del tesserino di esenzione in forma di allegato, protetto da una password che sarà comunicata telefonicamente al numero indicato dal compilatore. Tale cautela può non essere osservata solo qualora se ne faccia espressa e consapevole richiesta compilando l’apposita sezione del presente modulo.** In questo ultimo caso il tesserino verrà inviato come allegato NON protetto da password. Si raccomanda particolare cautela nell’adesione a questa modalità di invio per sua natura meno sicura per la tutela della riservatezza dell’interessato. In ogni caso sarà sempre possibile ritirare direttamente il tesserino in forma cartacea presso gli sportelli preposti. I dati non saranno soggetti a diffusione e verranno da noi conservati, fatto salvo ogni obbligo di legge, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al soddisfacimento delle finalità sopra indicate. Il conferimento delle informazioni richieste è facoltativo, ma necessario allo scopo di fornire il servizio richiesto con le modalità prescelte. Ogni interessato potrà far valere in qualsiasi momento i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del GDPR fra i quali quello di richiedere al Titolare l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento. Rispetto al consenso eventualmente prestato per l’invio a mezzo e-mail del tesserino, si potrà revocarlo in qualsiasi momento prima della spedizione senza pregiudicare la liceità del trattamento basato su tale legittimante prima della revoca. I citati diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Titolare ai recapiti sopra indicati e anche per il tramite del Responsabile della Protezione Dati sempre contattabile all’indirizzo di posta elettronica dpo@aslroma2.it. Laddove l’interessato ritenesse, infine, che il trattamento dei propri dati personali effettuato in relazione a quanto indicato nelle presenti informazioni avvenga in violazione del GDPR, questi ha il diritto di proporre reclamo all’autorità Garante per la Protezione dei Dati personali, come previsto dall’art. 77 del GDPR stesso ovvero di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).

Il/La sottoscritto/a, lette e comprese le informazioni che precedono:

**AUTORIZZA**  **NON AUTORIZZA** la Asl Roma 2 all’invio a mezzo e-mail all’indirizzo (scrivere in stampatello) \_\_\_\_\_ del tesserino di esenzione come allegato protetto da password da comunicare telefonicamente al numero \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**  **NON AUTORIZZA** la Asl Roma 2 all’invio a mezzo e-mail all’indirizzo (scrivere in stampatello) \_\_\_\_\_ del tesserino di esenzione **come allegato NON protetto da password.**

**Data** \_\_\_\_\_ **FIRMA** (leggibile) \_\_\_\_\_

**ALLEGA: certificazione e documento di identità in corso di validità.**