

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 2

Avviso pubblico per l'erogazione dei contributi alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca e Istituzione della Banca della parrucca. Attuazione dell'art. 7, commi 77-81 della legge regionale n. 28/2019.

Scadenza 30.06.2021

In esecuzione della Deliberazione della Giunta Regionale del 28.07.2020 n. 493 recante le modalità attuative dell'art. 7, commi 77 – 81 della legge regionale n. 28/2019. Contributi alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca e istituzione della Banca della parrucca, la Regione Lazio ha istituito un Fondo per l'erogazione di un contributo economico concesso tramite le Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Destinatari:

Possono accedere al contributo economico tutte le donne residenti nel Lazio, nel Comune di Roma, nei Distretti:

- 4° Distretto (ex municipio V)
- 5° Distretto (ex municipio VI e VII)
- 6° Distretto (ex municipio VIII)
- 7° Distretto (ex municipio IX e X)
- 8° Distretto (ex municipio XI)
- 9° Distretto (ex municipio XII)

direttamente o tramite coloro che abbiano con il destinatario del contributo, rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado o di convivenza, che hanno acquistato le parrucche e che sono affette da alopecia conseguente a terapia oncologica.

Documentazione da allegare alla domanda

Le domande compilate su apposito modulo, allegato al presente bando, dovranno essere corredate della seguente documentazione:

- dichiarazione, ai sensi dell'articolo 46 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a € 25.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi;
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.

Si specifica che l'attestazione ISEE come sopra indicata dovrà essere calcolata secondo le disposizioni previste dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e smi. Tuttavia, per coloro che non abbiano

ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (Allegato 3 al DPCM 159/2013), sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente – Le risposte alle domande più frequenti".

Modalità per la presentazione della domanda

Le domande dovranno essere presentate **ENTRO LE ORE 12.00 DEL 30 GIUGNO 2021** presso il PUA del Distretto di appartenenza (come di seguito indicati):

PUNTO UNICO DI ACCESSO 4° DISTRETTO (ex municipio V)

SEDE: Largo De Dominicis, 7 — Piano terra - Sportello 7

ACCESSO DIRETTO:

lunedì dalle 8,30 alle 12,30 e dalle 14,00 alle 16,00, mercoledì e venerdì dalle 8.30 alle 12.30

contatti telefonici 06 41435777 - 84

E-MAIL: pua.distretto4@aslroma2.it

PUNTO UNICO DI ACCESSO 5° DISTRETTO (ex municipio VI e VII)

SEDE: Via Forteguerra, 4

ACCESSO DIRETTO:

martedì e giovedì dalle 9,00 alle 12,30;

contatti telefonici 06 51008525 - 06.51007426 - 06.51008451

E-MAIL: pua.distretto5@aslroma2.it

PUNTO UNICO DI ACCESSO 6° DISTRETTO (ex municipio VIII)

SEDE: Via Tenuta di Torrenova, 138 — Casa della Salute

ACCESSO DIRETTO:

lunedì, mercoledì e venerdì dalle 8.30 alle 12.30. Su appuntamento il martedì e giovedì dalle 14,30 alle 16,30

contatti telefonici: 06-41434767

E-MAIL: pua.distretto6@aslroma2.it

PUA UNICO DI ACCESSO 7° DISTRETTO (ex municipio IX e X)

SEDE: Via Antistio, 15

ACCESSO DIRETTO:

lunedì e martedì, dalle ore 8.30 alle ore 12,30; giovedì dalle ore 8.30 alle 12.30 e dalle 14,00 alle 16,00

contatti telefonici: 06 51007516

E-MAIL: pua.distretto7@aslroma2.it

PUNTO UNICO DI ACCESSO 8° DISTRETTO (ex municipio XI)

SEDE: Piazzale Antonio Tosti, 4

ACCESSO DIRETTO:

lunedì e venerdì dalle 9.30 alle 11.30 e il martedì dalle 13,00 alle 16,00

contatti telefonici 06 51007404

E-MAIL: pua.distretto8@aslroma2.it**PUNTO UNICO DI ACCESSO 9° DISTRETTO (ex municipio XII)**

SEDE: c/o la Casa della Salute "Decima-Torrino", Viale Camillo Sabatini s.n.c.

ACCESSO DIRETTO:

martedì 9,30-12,30 e giovedì 14,30-16,30

contatti telefonici: 0651008863/ 0651008864

E-MAIL: pua.distretto9@aslroma2.it.**Modalità di erogazione contributo**

Le richieste di accesso al contributo corredate della necessaria documentazione andranno presentate presso PUA di riferimento che provvederà alla convocazione dell'U.V.M. Distrettuale (Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale) incaricata a procedere all'istruttoria delle domande pervenute e alla relativa valutazione, sulla base delle indicazioni generali fornite dal presente atto.

L'U.V.M. Distrettuale stabilirà, altresì, l'eventuale ulteriore documentazione che dovrà essere prodotta dai beneficiari per attestare una delle suindicate condizioni previste dal comma 49, dell'art.4 della l.r. n. 13/2018.

Sarà cura del PUA di riferimento provvedere all'acquisizione del consenso informato degli utenti al trattamento dei dati forniti nella domanda finalizzato all'erogazione del contributo regionale, nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

A conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, l'Asl Roma 2 trasmetterà alla Regione Lazio, Direzione per l'inclusione Sociale, entro (e dunque entro il 31 marzo, il 31 luglio e il 30 novembre di ciascuna annualità), l'elenco puntuale delle donne aventi diritto al contributo corredato della data di protocollazione della istanza e dell'importo della spesa sostenuta da ciascun richiedente, compilando il file appositamente predisposto che sarà trasmesso dalla Direzione regionale per l'inclusione sociale.

I suindicati dati andranno acquisiti nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

Il termine suindicato di trasmissione dei dati da parte delle ASL è perentorio. In caso di ritardato invio, le istanze presentate oltre i termini saranno prese in considerazione nel riparto relativo al successivo avviso. L'importo del contributo erogabile per ciascuna beneficiaria è quantificato in euro 250,00, e comunque non potrà essere superiore al costo sostenuto per l'acquisto della parrucca.

Istituzione della Banca della parrucca

E' istituita presso ogni Azienda Sanitaria Locale la Banca della parrucca che collabora con le altre aziende locali e con gli Enti del Terzo settore che operano per l'assistenza ai malati oncologici, in attuazione di quanto disposto dal comma 77 dell'articolo 7 della l.r. n. 28/2019.

L'istituzione della Banca della parrucca non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza regionale.

L'obiettivo è quello di radicare sempre più la cultura della donazione dei capelli e, nel tempo, di ovviare al contributo economico regionale allargando il numero dei beneficiari che potranno usufruire gratuitamente della parrucca.

La Banca della parrucca fornisce in comodato d'uso gratuito le parrucche donate alla Banca medesima alle persone in maggiore difficoltà economica, con il solo vincolo di restituirle al termine del loro utilizzo. In questo modo si andrà realizzando una sorta di "catena di solidarietà" che andrà idealmente a unire le persone che hanno terminato il percorso di cura a quelle che lo stanno per intraprendere.

Le parrucche verranno quindi rigenerate prima di essere destinate ai nuovi utenti.

Presso ciascuna Banca della parrucca sarà previsto il coinvolgimento, oltre che di volontari, anche di parrucchieri e imprese di produzione o distribuzione di parrucche con cui sarà possibile sottoscrivere apposite convenzioni che prevedono la donazione di ciocche dei capelli dei volontari in cambio della fornitura di parrucche.

Sarà possibile, inoltre, associare alla fornitura materiale della parrucca uno specifico percorso di ascolto, sostegno e accompagnamento da collocare all'interno delle attività della Banca con modalità diversificate, individuate in base agli effettivi bisogni manifestati dalle persone e in una logica di supporto personale e di attività di auto e mutuo aiuto.

Essenziale per la realizzazione della Banca della parrucca è il coinvolgimento attivo e la piena collaborazione degli Enti del Terzo settore che operano per l'assistenza ai malati oncologici, anche al fine di facilitare la procedura di erogazione del contributo medesimo.

Il presente avviso pubblico, ai fini della massima diffusione, è fatta pubblicazione sul sito internet ASL Roma 2 e contestuale affissione presso i Presidi distrettuali

**Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Casati**

**DOMANDA PRESENTATA DALLA DIRETTA INTERESSATA SOTTOPOSTA A
TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA E ISTITUZIONE
DELLA BANCA DELLA PARRUCCA.
ATTUAZIONE DELL'ART. 7, COMMI 77-81 DELLA LEGGE REGIONALE N. 28/2019.**

La sottoscritta _____

Nata _____ il _____

Residente nel Comune _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ mail _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

Chiede l'erogazione del contributo a sostegno delle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca e Istituzione della Banca della parrucca. Attuazione dell'art. 7, commi 77-81 della legge regionale n. 28/2019 ".

Allega alla presente domanda:

- dichiarazione, ai sensi dell'articolo 46 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a € 25.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi;
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.

Si specifica che l'attestazione ISEE come sopra indicata dovrà essere calcolata secondo le disposizioni previste dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e smi. Tuttavia, per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (Allegato 3 al DPCM 159/2013), sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente – Le risposte alle domande più frequenti".

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art 76 D. Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs, informato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione per l'erogazione del contributo regionale; che i dati personali saranno comunicati alla Regione Lazio Direzione per l'inclusione Sociale, per la finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi,

Data _____ Firma _____

Informativa ex artt. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE

La ASL Roma 2, in persona del Direttore Generale *pro-tempore*, con sede in Roma Via Maria Brigenti 23 00159, quale titolare del trattamento, con la presente desidera informare che i dati — personali e appartenenti a categorie particolari quali quelli relativi alla salute — che vengono conferiti direttamente dagli interessati o *da chi presenta la richiesta di accesso al "Fondo istituita a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo"* di cui all'art. 4, comma 48 della Legge regionale n. 13/2018, mediante la compilazione della presente domanda e la consegna dei relativi allegati saranno utilizzati esclusivamente per consentire l'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità e, successivamente, per l'inoltro ai competenti uffici della Regione Lazio — Giunta Regionale (Direzione regionale per l'inclusione sociale) che li utilizzerà, quale autonomo titolare, per l'assegnazione alla ASL dei finanziamenti necessari a soddisfare le richieste presentate dagli aventi diritto procedendo all'impegno della spesa e alla liquidazione degli importi. L'ASL Roma 2, completato il piano di assegnazione da parte della Regione, ne darà comunicazione ai beneficiari e provvederà ad erogare agli stessi il relativo contributo. I dati in questione non saranno fatti oggetto di diffusione da parte della ASL e saranno conosciuti solo da personale allo scopo appositamente autorizzato e formato in materia di tutela della riservatezza e dei dati personali con l'applicazione di adeguate misure di sicurezza. Base giuridica dei trattamenti si rinvia nell'adempimento di quanto previsto nella citata normativa e nella spontanea adesione degli interessati o di clii ne fa le veci alla procedura sopra descritta. Il conferimento dei dati richiesti è assolutamente facoltativo, ma necessario per il perfezionamento della domanda e, ove ve ne siano i requisiti, il conseguimento del finanziamento. La decisione di non indicare tutti o parte dei dati richiesti potrà comportare l'improcedibilità della domanda o il suo rigetto. I dati verranno conservati sino al raggiungimento delle predette finalità e, salvo il caso di eventuali contenziosi ovvero il rispetto di obblighi di legge, saranno successivamente cancellati ovvero trasformati in forma assolutamente anonima e trattati per sole finalità statistiche. Ogni interessato mantiene sempre il diritto di chiedere al titolare del trattamento 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, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi, per quanto riguarda le attività di cui la ASL Roma 2 è titolare del trattamento, ai recapiti sopra indicati anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati nominato dalla stessa ASL e sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@aslroma2.it. Il Responsabile Protezione Dati della Regione Lazio è raggiungibile all'indirizzo e-mail dporegione.lazio.it.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato nel corso dell'attività sopra descritta avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento 2016/679/UE, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento stesso).

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DALLA DIRETTA
INTERESSATA PER INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE DONNE SOTTOPOSTE A
TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA E ISTITUZIONE
DELLA BANCA DELLA PARRUCCA.
ATTUAZIONE DELL'ART. 7, COMMI 77-81 DELLA LEGGE REGIONALE N. 28/2019.**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

o familiare

o tutore

o amministratore di sostegno

o altro

(specificare) _____

del Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

Residente nel Comune _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ mail _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

Chiede l'erogazione del contributo a sostegno dei

Allega alla presente domanda:

- dichiarazione, ai sensi dell'articolo 46 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a € 25.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi;

- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.

Si specifica che l'attestazione ISEE come sopra indicata dovrà essere calcolata secondo le disposizioni previste dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e smi. Tuttavia, per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (Allegato 3 al DPCM 159/2013), sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente – Le risposte alle domande più frequenti".

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art 76 D. Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs, informato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE, che i dati personali volontariamente *forniti*, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione per l'erogazione del contributo regionale; che i dati personali saranno comunicati alla Regione Lazio, Direzione per l'inclusione Sociale, per la finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Data _____

Firma _____

CONTRIBUTO AVENTI DIRITTO ASL ROMA 2. - INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE DONNE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA. ISTITUZIONE DELLA BANCA DELLA PARRUCCA. ATTUAZIONE DELL'ART. 7, COMMI 77-81 DELLA LEGGE REGIONALE N. 28/2019.

**COMUNICAZIONE DEI DATI BANCARI/POSTALI
AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI
ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ (Prov. _____) Via/Piazza _____

Documento di riconoscimento (tipo) _____ n. _____ rilasciato il _____

da _____

identificato a mezzo nr. utenza telefonica _____,
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale
(art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ E COMUNICA

le seguenti informazioni:

**1) CODICE IBAN Bancario o
Postale** _____

2) Se in possesso anche Conto Corrente postale o bancario

3) AGENZIA _____

In fede

_____, li _____

Sig./Sig.ra _____

INFORMAZIONI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

L'ASL ROMA 2 con sede in via M. Brighenti, 23 - Edificio B - 00159 Roma – URP 06.5100.4552/4554/4555 - PEC: protocollo.generale@pec.aslroma2.it - Codice Fiscale e Partita IVA: 13665151000, in qualità di **Titolare** del trattamento, con la presente la informa che i dati che ci vengono conferiti mediante il presente modulo e il relativo allegato sono trattati per fornire la documentazione richiesta e per tutte le attività amministrative connesse. Base giuridica dei trattamenti in questione è da rinvenirsi nella necessità di dare esecuzione alle richieste degli interessati. A tale finalità potrà aggiungersi la necessità di tutelare, anche in giudizio, i diritti e gli interessi dell'ASL, dei suoi dipendenti e assimilabili, dei pazienti e/o di terzi. I dati saranno conservati per il tempo necessario alla corretta e completa erogazione della prestazione richiesta e per il successivo anno, fatta salva la gestione dell'eventuale contenzioso. Il conferimento di tutti i dati richiesti è necessario e l'eventuale rifiuto di fornirli rende impossibile dare seguito alla delega. I dati saranno conosciuti da personale sanitario e/o amministrativo dell'ASL Roma 2 appositamente autorizzato al relativo trattamento e potranno essere oggetto di comunicazione, se previsto da norma di legge o di regolamento, a Pubbliche Amministrazioni, Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine e consulenti legali e/o assicurativi per la gestione del contenzioso. I dati non sono soggetti a diffusione. Infine, informiamo gli interessati che, sui dati trattati dall'ASL Roma 2, è loro facoltà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento. Gli interessati, in particolare, hanno il diritto in qualunque momento di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che li riguarda, hanno infine il **diritto di opporsi al trattamento**. Tali diritti potranno essere esercitati inviando una richiesta all'ASL Roma 2 Titolare del trattamento, all'indirizzo della sede aziendale, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati sempre contattabile all'indirizzo e-mail dpo@aslroma2.it. Gli interessati che ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti, effettuato dall'ASL Roma 2, avvenga in violazione di quanto statuito dal Regolamento potranno proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento medesimo o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

CONTRIBUTO AVENTI DIRITTO ASL ROMA 2. - INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE DONNE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA. ISTITUZIONE DELLA BANCA DELLA PARRUCCA. ATTUAZIONE DELL'ART. 7, COMMI 77-81 DELLA LEGGE REGIONALE N. 28/2019.

DELEGA ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI BANCARI/POSTALI

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome) _____ (Nome) _____
Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Residente a _____ (Prov. _____) Via/Piazza _____
Documento di riconoscimento (tipo) _____ n. _____ rilasciato il _____
da _____

DELEGA

Il/la _____ Sig./Sig.ra _____
(Cognome) _____ (Nome) _____
Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Documento di riconoscimento (tipo) _____ n. _____ rilasciato il _____
da _____ a comunicare per proprio conto le seguenti
informazioni _____

In fede
_____, lì _____
Il/La delegante _____

N.B.: il delegato deve avere con sé un documento di riconoscimento valido e copia del documento di riconoscimento del delegante

INFORMAZIONI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

l'ASL ROMA 2 con sede in via M. Brighenti, 23 - Edificio B - 00159 Roma – URP 06.5100.4552/4554/4555 - PEC: protocollo.generale@pec.aslroma2.it - Codice Fiscale e Partita IVA: 13665151000, in qualità di **Titolare** del trattamento, con la presente la informa che i dati che ci vengono conferiti mediante il presente modulo e il relativo allegato sono trattati per fornire la documentazione richiesta e per tutte le attività amministrative connesse. Base giuridica dei trattamenti in questione è da rinvenirsi nella necessità di dare esecuzione alle richieste degli interessati. A tale finalità potrà aggiungersi la necessità di tutelare, anche in giudizio, i diritti e gli interessi dell'ASL, dei suoi dipendenti e assimilabili, dei pazienti e/o di terzi. I dati saranno conservati per il tempo necessario alla corretta e completa erogazione della prestazione richiesta e per il successivo anno, fatta salva la gestione dell'eventuale contenzioso. Il conferimento di tutti i dati richiesti è necessario e l'eventuale rifiuto di fornirli rende impossibile dare seguito alla delega. I dati saranno conosciuti da personale sanitario e/o amministrativo dell'ASL Roma 2 appositamente autorizzato al relativo trattamento e potranno essere oggetto di comunicazione, se previsto da norma di legge o di regolamento, a Pubbliche Amministrazioni, Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine e consulenti legali e/o assicurativi per la gestione del contenzioso. I dati non sono soggetti a diffusione. Infine, informiamo gli interessati che, sui dati trattati dall'ASL Roma 2, è loro facoltà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento. Gli interessati, in particolare, hanno il diritto in qualunque momento di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che li riguarda, hanno infine il **diritto di opporsi al trattamento**. Tali diritti potranno essere esercitati inviando una richiesta all'ASL Roma 2 Titolare del trattamento, all'indirizzo della sede aziendale, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati sempre contattabile all'indirizzo e-mail dpo@aslroma2.it. Gli interessati che ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti, effettuato dall'ASL Roma 2, avvenga in violazione di quanto statuito dal Regolamento potranno proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento medesimo o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

ASL Roma 2 - P.IVA 13665151000
Sede Legale Via Maria Brighenti, 23 Edificio B – 00159 Roma