

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 2

Avviso pubblico di interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo.

Scadenza 31.07.2023

In esecuzione della Deliberazione della Giunta Regionale 6 agosto 2020, n. 586 "Revoca parziale della deliberazione di Giunta regionale n. 305/2019. Approvazione delle "Nuove modalità attuative dell'art. 4, commi 47 - 52 della legge regionale n. 13/2018 - Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo", 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 i cittadini 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 si trovano in una delle sotto indicate condizioni:

- pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di trattamenti medici, clinici, di laboratorio, chirurgici e radioterapici presso strutture sanitarie regionali, le cui patologie sono certificate dai responsabili dei centri di riferimento oncologici o di strutture a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- pazienti in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo, che si sottopongono a tipizzazioni tissutali, a trapianti, a controlli periodici ed a interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze.

Documentazione da allegare alla domanda

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

1. documentazione attestante la residenza nel Comune di Roma, nei Distretti 4°, 5°, 6°, 7°, 8° e 9° (come sopraindicati);
2. fotocopia documento d'identità in corso di validità;
3. esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per persone affette da patologie oncologiche) oppure certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale in cui si attesta





- le condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b, **(solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo);**
4. dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM 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;
 5. dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000 e smi, attestante i dati bancari/postali per procedere alla liquidazione del contributo;
 6. di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi). 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" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016).
- Gli utenti che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

Modalità per la presentazione della domanda

Le domande dovranno essere presentate **ENTRO LE ORE 12.00 DEL 31 LUGLIO 2023** 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:

mercoledì dalle 8.30 alle 13.00 e dalle 13.30 alle 15.00

venerdì dalle 8.30 alle 12.30.

contatti telefonici 06.41435784 -77

E-MAIL: pua.distretto4@aslroma2.it

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

SEDE: Via N. Forteguerri, 4

ACCESSO DIRETTO:

martedì e giovedì dalle 9,00 alle 12,00.

Il PUA riceve su appuntamento il lunedì ed il venerdì.

contatti telefonici 06.51008525-7426

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.

Il PUA riceve su appuntamento solo il martedì dalle ore 14,30 alle ore 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 8.30 alle 12,30;

giovedì dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 14,00 alle 16,00.

contatti telefonici: 06.41435066

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 8.30 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: Via Marotta 11- secondo piano

ACCESSO DIRETTO:

dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 12.00;

giovedì dalle 14.30 alle 16.30.

Nel caso l'utente sia impossibilitato a raggiungere la sede indicata in indirizzo, può inviare la documentazione a questo indirizzo PEC: distretto.9.direzione@pec.aslroma2.it

contatti telefonici: 06.51008863-64

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.

ASL Roma 2 - P.IVA 13665151000

Sede Legale Via Maria Brighenti, 23 Edificio B – 00159 Roma



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 il 31 ottobre di ciascuna annualità l'elenco degli aventi diritto al contributo nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

Per l'anno 2022 l'importo del contributo erogabile per ciascun beneficiario verrà quantificato ripartendo in maniera proporzionale le risorse disponibili, tenendo conto del numero complessivo dei beneficiari ammessi al contributo. L'importo massimo del contributo da erogare a ciascun beneficiario non potrà superare l'importo annuale di € 2.000,00.

Cause di esclusione e di decadenza del contributo

Costituiscono cause di decadenza dal beneficio le condizioni intervenute tra la presentazione della domanda e l'erogazione del contributo:

1. il decesso del beneficiario;
2. la perdita dei requisiti di accesso;
3. ricovero continuativo in *hospice* o altra struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie.

In caso di decesso del beneficiario, intervenuto successivamente al riconoscimento dell'ammissibilità al beneficio, la Direzione regionale per l'Inclusione sociale provvederà all'assegnazione del relativo contributo alla ASL competente. La ASL provvederà all'erogazione del contributo in favore degli eventuali eredi che dovranno comunicare formalmente il proprio diritto di successione alla ASL, corredato dalla necessaria documentazione che sarà richiesta dalla ASL stessa.

Il presente contributo non è cumulabile con altri contributi erogati per le medesime finalità in base ad altre leggi nazionali o regionali.

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 DAL DIRETTO INTERESSATO AFFETTO DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE O IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO.**

DGR n.586 del 06.08.2020 — Nuova Attuazione art. 4, commi 47-52 della legge n. 13/2018

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente nel Comune _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ mail _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

Chiede l'erogazione del contributo a sostegno dei cittadini affetti da patologie oncologiche o in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo

Allega alla presente domanda:

1. documentazione della residenza;
2. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
3. esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per persone affette da patologie oncologiche);
4. certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale in cui si attestino le condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b, (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo);
5. dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato;
6. attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi). 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" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016).

Gli utenti che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018,





ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

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 Brighenti 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 rinviene 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 DAL DIRETTO
INTERESSATO PER INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CITTADINI RESIDENTI
AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO
DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO**

DGR n.586 del 06.08.2020 — Nuova Attuazione art. 4, commi 47-52 della legge n. 13/2018

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 cittadini affetti da patologie oncologiche o in
lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo**

Allega alla presente domanda:

1. documentazione della residenza;
2. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
3. esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per persone affette da patologie oncologiche);
4. certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale in cui si attestino le condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b, **(solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo)**;





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

6. attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi). 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" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016).

Gli utenti che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

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 DEI CITTADINI RESIDENTI NEL LAZIO AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO) -

DGR n.586 del 06.08.2020 — Nuova Attuazione art. 4, commi 47-52 della legge n. 13/2018

**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 DEI CITTADINI
RESIDENTI NEL LAZIO AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA DI ATTESA PER
TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO)-
DGR n.586 del 06.08.2020 — Nuova Attuazione art. 4, commi 47-52 della legge n. 13/2018**

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

