

caso di prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza, ivi comprese quelle usufruite dai cittadini che si trovino già all'estero, ai sensi dei Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009 (Già art. 22 del Reg. CEE n. 1408/1971), presso la seguente struttura:

Denominazione Struttura Estera _____

Stato Estero _____ Città _____ (Prov.) _____

Indirizzo _____ n. _____ tel. _____

Nel periodo dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____

Allega i seguenti documenti:

1. Idonea documentazione medico-specialistica comprovante l'eccezionale gravità ed urgenza
2. dichiarazione sostitutiva del certificato di cittadinanza e residenza
3. altri eventuali documenti _____

NB: il richiedente si impegna a comunicare all'ASL Roma 2 le seguenti informazioni:

- l'eventuale esistenza ed entità di costi da sostenere personalmente in quanto non coperti dall'autorizzazione e/o in via anticipata (ad es. prestazioni libero-professionali, supplemento camera singola, comfort alberghieri, ticket, farmaci);
- le spese a carico (ovvero non coperte dall'autorizzazione), in quanto non contemplate nella legislazione comunitaria sulla mobilità sanitaria o comunque previste anche per i pazienti dello Stato ospitante;
- l'esistenza di eventuali liste d'attesa e le condizioni per esservi inseriti;
- la data dell'intervento.

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

L'ASL Roma 2, con sede in Via M. Brighenti n. 23 – Edificio B – 00159 Roma URP 06.51004552/4555 - PEC: protocollo.generale@pec.aslroma2.it, PIVA 13665151000, in qualità di Titolare del trattamento, con la presente la informa che i dati che ci vengono conferiti 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 **opporvi 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 l'art. 79 del Regolamento.

Il/la Sottoscritto/a _____

acconsente

non acconsente

al trattamento dei dati personali nella forma e nei limiti consentiti dalle norme vigenti, da parte di codesta Azienda ASL ROMA 2; il fascicolo contenente i dati personali relativi sarà custodito presso l'ufficio competente alla liquidazione dei rimborsi per ulteriori 5 anni.

Data _____

Firma dell'assistito (o delegato) _____