

**AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 2****Avviso pubblico****PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO DEL BENEFICIO MEDIANTE LA FORMULA DEL "CONTRIBUTO" A RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (DI CUI AL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 31 AGOSTO 2021).****Scadenza 31 DICEMBRE 2023**

In esecuzione della Deliberazione della Giunta Regionale n. G01251 del 2 febbraio 2023 recante: *"Decreto del Ministero della Salute del 31 agosto 2021 - Disposizioni per l'acquisto di sostituti del latte materno. Contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento"*. Definizione procedura per il riconoscimento del beneficio da parte delle Aziende Sanitarie Locali

Si precisa che sono escluse dal presente avviso, in forza delle previsioni del Decreto in oggetto, le forniture di latti connesse a condizioni patologiche già diversamente normate ed in particolare quelle previste nel Decreto del Ministero della sanità 8 giugno 2001, recante «Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare» e quelle di cui all'art. 14 comma 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» che include nei LEA la fornitura a nati da madri sieropositive per HIV.

Si ricorda inoltre che nei casi di malattie ereditarie in cui sono indicati latti terapeutici speciali il latte artificiale è già un presidio terapeutico erogato dal SSN.

**Destinatari:**

Possono presentare la domanda di contributo le donne, le straniere e le apolidi, le residenti, domiciliate o aventi stabile dimora nel territorio regionale, nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali, residenti nella Regione 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)

che sono affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento. In caso di morte materna il contributo può essere richiesto dal padre o dal tutore del bambino.



### **Documentazione da allegare alla domanda**

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

1. Dichiarazione della presenza di una delle condizioni di cui al successivo paragrafo “Condizioni Patologiche”, debitamente certificata;
2. Indicatore della situazione economica equivalente ordinario (ISEE) della mamma richiedente non sia superiore a 30.000,00 euro annui, secondo le modalità indicate dal “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)” di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n.159.

### **Condizioni Patologiche**

Le condizioni patologiche e le modalità per l'erogazione del contributo per l'acquisto di sostituti delle formule per lattanti sono individuate nel suddetto Decreto come di seguito indicato:

#### **Indicazioni permanenti**

- infezione da HTLV1 e 2;
- sindrome di Sheehan;
- alattogenesi ereditaria;
- ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare);
- mastectomia bilaterale;
- morte materna.

#### **Indicazioni temporanee (da sottoporre a verifica mensile)**

- infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo;
- infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo;
- infezione ricorrente da streptococco di gruppo B;
- lesione luetica sul seno;
- tubercolosi bacillifera non trattata;
- mastite tubercolare;
- infezione da virus varicella zooster;
- esecuzione di scintigrafia;
- assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento;
- assunzione di droghe (escluso il metadone);
- alcolismo.

Rispetto ad alcune delle condizioni citate, che potrebbero essere problematiche da interpretare, si forniscono le seguenti specifiche al fine di garantire la massima omogeneità nella certificazione e non produrre diseguità:

- **sindrome di Sheehan:** difetto secondario dell'ormone ipofisario, causato dalla necrosi dell'ipofisi,  
ASL Roma 2 - P.IVA 13665151000  
Sede Legale Via Maria Brighenti, 23 Edificio B – 00159 Roma



dovuta a una emorragia grave peri- o postpartum con conseguente ipovolemia e shock. È una condizione rara in Italia, più frequente nei paesi a risorse limitate, essendo associata anche al tipo di assistenza offerta al momento del parto e nel post-parto. La diagnosi di sindrome di Sheehan va documentata con esami di imaging (RMN con sella “vuota”) o di laboratorio (dosaggio ormoni ipofisari);

- **alattogenesi ereditaria:** condizione genetica estremamente rara, la diagnosi deve essere adeguatamente documentata tramite test di laboratorio;
- **ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare):** rara condizione in cui la ghiandola mammaria è scarsamente sviluppata, con conseguente scarsa o assente produzione di latte. I criteri clinici per la diagnosi sono:
  - a. distanziamento (flat space) tra i seni > 4 cm;
  - b. asimmetria dei seni con seni tubulari (base stretta e volume maggiore in lunghezza piuttosto che in circonferenza);
  - c. areola larga e rilevata “a bulbo”;
  - d. assenza di trasformazione del seno già in gravidanza e/o dopo il parto con assenza della montata latte;
- **Esecuzione di scintigrafia:** coerentemente con le indicazioni del D.lgs. n. 101/31.07.2020, art. 166,co.4. [...] Nei casi di somministrazione di radiofarmaci a donne che allattano al seno, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione della procedura, tenendo conto della necessità e dell’urgenza, e al processo di ottimizzazione che deve riguardare sia la madre che il figlio. Se le condizioni materne sono compatibili e la donna è d’accordo, prima dell’esame è possibile estrarre e conservare il latte materno utile all’alimentazione del neonato/lattante per il periodo di sospensione successivo alla metodica o avvalersi della donazione delle Banche del Latte;
- **Farmaci:** quando si valuta il rischio derivante dall’assunzione di farmaci bisogna ricordare che le indicazioni riportate nel foglietto illustrativo dei farmaci sono largamente insufficienti a questo scopo. Bisogna, inoltre, sempre valutare le alternative compatibili. Per evitare false controindicazioni all’allattamento è necessario, quindi, fare una valutazione aggiornata del rischio di ogni singolo farmaco, consultando banche dati specifiche come (si riportano di seguito quelle consultabili gratuitamente):
- Drugs and Lactation Database -Lactmed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>  
<https://www.e-lactancia.org/> e/o altri database accreditati e aggiornati, ovvero il documento condiviso dal Tavolo Allattamento al Seno (TAS) istituito presso il Ministero della Salute Position statement sull’uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2715\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2715_allegato.pdf), o avvalendosi altresì della consulenza dei Centri Antiveneni Regionali di riferimento.

L’articolo 5 comma 1 del Decreto Ministeriale prevede che il clinico prescrittore deve anche rivalutare mensilmente la sussistenza delle condizioni materne transitorie che controindicano l’allattamento naturale.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO

### **Modalità per la presentazione della domanda**

Le domande dovranno essere presentate presso il PUA del Distretto di appartenenza (come di seguito indicati) **entro le ORE 12,00 DEL 31 DICEMBRE 2023:**

#### **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](mailto:pua.distretto4@aslroma2.it)

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

SEDE: Via 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:pua.distretto8@aslroma2.it)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO

### **PUNTO UNICO DI ACCESSO 9° DISTRETTO (ex municipio XII)**

SEDE: Via Marotta 11- secondo piano

ACCESSO DIRETTO:

da lunedì al venerdì ore 09.00-12.00

giovedì ore 14.30-16.30

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](mailto:distretto.9.direzione@pec.aslroma2.it)

contatti telefonici: 06.51008863-64

mail: [pua.distretto9@aslroma2.it](mailto:pua.distretto9@aslroma2.it)

### **Accertamento delle Condizioni Patologiche**

Le condizioni patologiche sono certificate senza oneri a carico dell'interessata da uno specialista del Servizio sanitario nazionale, dipendente o convenzionato, in particolare dal pediatra o neonatologo del punto nascita, per le condizioni identificate già in gravidanza o alla nascita, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o dallo specialista per le condizioni che si verificano dopo la dimissione.

### **Procedura**

I Distretti Sanitari sono deputati a ricevere e gestire le richieste di accesso al contributo, corredate della necessaria documentazione, attraverso i PUA distrettuali o altre modalità definite dalle singole Aziende che verranno ritenute idonee e ad erogare il contributo.

Le mamme dovranno rivolgersi al neonatologo o pediatra del Punto Nascita, per le condizioni identificate già in gravidanza o alla nascita, al medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta o allo specialista, che mensilmente prescrive le formule per lattanti incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001, rivalutando a cadenza mensile le condizioni che controindicano l'allattamento in maniera assoluta (temporanea o permanente) al massimo per i primi sei mesi di vita del neonato.

La ASL sulla base della certificazione prodotta, dell'attestazione ISEE e della prescrizione medica, erogherà "il contributo a rimborso" sulla base del numero delle richieste pervenute nel rispetto del limite del finanziamento assegnato dalla Regione Lazio.

**L'importo massimo previsto pari a 400 euro annui per ogni neonato** è soggetto, ai sensi dell'art 2 comma 4 del DM, a possibili abbattimenti proporzionali, per garantire il rispetto del limite del finanziamento complessivamente assegnato dal Ministero alla Regione Lazio.

Il Direttore Generale  
Dott. Giorgio Casati



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DEL BENEFICIO MEDIANTE LA  
FORMULA DEL "CONTRIBUTO" A RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (DI CUI AL DECRETO DEL  
MINISTERO DELLA SALUTE DEL 31 AGOSTO 2021)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**Dichiara**

- ☐ Di essere genitore di \_\_\_\_\_  
nata/o \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_
- ☐ Di essere affetta da condizioni patologiche (art. 4, Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021) che impediscono la pratica naturale dell'allattamento, come da certificazione sanitaria allegata.
- ☐ Di avere l' ISEE ordinario non superiore a 30.000,00 euro annui, come da documentazione allegata.

**E Chiede**

l'autorizzazione all'erogazione del contributo a rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di sostituti del latte materno.

Allega alla presente domanda:

- *Certificazione dello specialista del Servizio sanitario nazionale, attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento (art. 4 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021).*
- *Attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021.*
- *Prescrizione mensile delle formule per lattanti dello specialista del Servizio sanitario nazionale (art. 5 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021).*

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art 76 D. Lgs. 445/2000

ASL Roma 2 - P.IVA 13665151000

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





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](mailto:dpo@aslroma2.it). Il Responsabile Protezione Dati della Regione Lazio è raggiungibile all'indirizzo e-mail [dporegione.lazio.it](mailto: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).



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DALLA PERSONA  
DIRETTA INTERESSATA PER IL RICONOSCIMENTO DEL BENEFICIO MEDIANTE  
LA  
FORMULA DEL “CONTRIBUTO” A RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
L’ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (DI CUI AL DECRETO DEL  
MINISTERO DELLA SALUTE DEL 31 AGOSTO 2021)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente nel Comune \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**Dichiara**

**in qualità di:**

o familiare (padre, ecc.) \_\_\_\_\_

o tutore

o amministratore di sostegno

o altro

(specificare) \_\_\_\_\_

o di \_\_\_\_\_ nata/o a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**E Chiede**

l’autorizzazione all’erogazione del contributo a rimborso delle spese sostenute per l’acquisto di sostituti del latte materno.

Allega alla presente domanda:

- Certificazione dello specialista del Servizio sanitario nazionale, attestante le condizioni patologiche che impediscono l’allattamento (art. 4 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021).
- Attestazione ISEE di cui all’art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021.
- Prescrizione mensile delle formule per lattanti dello specialista del Servizio sanitario nazionale (art. 5 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021).

ASL Roma 2 - Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021.  
Sede Legale Via Maria Brighenti, 23 Edificio B – 00159 Roma





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO

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 \_\_\_\_\_



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO

**COMUNICAZIONE DEI DATI BANCARI/POSTALI  
AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI  
ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445  
PER IL RICONOSCIMENTO DEL BENEFICIO MEDIANTE LA  
FORMULA DEL "CONTRIBUTO" A RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (DI CUI AL DECRETO DEL  
MINISTERO DELLA SALUTE DEL 31 AGOSTO 2021)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

Nata 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.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](mailto: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](http://www.garanteprivacy.it)), come previsto dall'art. 77 del Regolamento medesimo o adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO

**DELEGA ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI BANCARI/POSTALI  
PER IL RICONOSCIMENTO DEL BENEFICIO MEDIANTE LA  
FORMULA DEL "CONTRIBUTO" A RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (DI CUI AL DECRETO DEL  
MINISTERO DELLA SALUTE DEL 31 AGOSTO 2021)**

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](mailto: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](http://www.garanteprivacy.it)), come previsto dall'art. 77 del Regolamento. Invece, per 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