

MODULO domanda di accesso al servizio di trasporto per soggetti con fragilità socio-economica che necessitano di un trasporto da effettuare presso il SST per un ciclo ripetuto di prestazioni diagnostico-terapeutico

Il/la sottoscritto/a _____ CF _____

con residenza/domicilio sanitario in _____ via _____

frazione _____ tel _____

indirizzo email _____

numero di cellulare _____

documento di identità: tipologia _____ numero _____

CHIEDE

di poter usufruire, in relazione alla prescrizione numero (NRE) _____ oppure di lettera di dimissione ospedaliera, rilasciata in data _____ dalla Azienda Sanitaria _____ Reparto/Ambulatorio _____ riportante la prescrizione del ciclo di prestazioni diagnostico terapeutiche, del servizio di trasporto socio -sanitario ai sensi della DGR 1545 del 27/12/2022, a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. Lgs. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, di avere:

- ✓ Attestazione ISEE n. _____ che certifica la condizione economica (da 0 a 18.000 euro) dell'anno in corso parti a Euro _____;
- ✓ residenza o domicilio sanitario in un comune della Regione Toscana: Comune di _____;
- ✓ sede di erogazione della prestazione sanitaria prescritta nel Comune di _____;
 - distanza dalla sede di erogazione del servizio (0-10, >10, >30, >50Km) _____;

e di rientrare in una delle seguenti categorie socio-abitativa (**barrare** una delle opzioni sotto descritte):

- persona che vive da sola
- oppure persona che vive con convivente disabile
- oppure persona che vive con persona anziana > 75 anni

e di avere la presenza di almeno uno dei seguenti indicatori di fragilità sociale:

- persona con parenti entro il terzo grado, che risiedono ad almeno 50 Km di distanza o con gravi problematiche di salute;
- impossibilità ad utilizzare un mezzo proprio;
- assenza di idonei servizi di trasporto pubblico locale.

Luogo e data, _____

FIRMA

Allego:

- ✓ copia del documento d'identità in corso di validità

Le Amministrazioni procederanno a controlli sulla veridicità e autenticità delle dichiarazioni sostitutive presentate. Se da un controllo emerge che è stata presentata una falsa dichiarazione, i dichiaranti decadono immediatamente dal beneficio ottenuto grazie alla dichiarazione e sono soggetti alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi penali in materia.

Nel caso in cui l'istanza venga presentata da un delegato dell'avente diritto dovrà essere presentata una apposita delega accompagnata dal documento del delegante.

**Informativa ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”:
Modulo da somministrare da parte dell’Azienda Sanitaria di riferimento”**

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”:

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine di favorire gli spostamenti verso le strutture sanitarie di persone che presentano una fragilità socio-economica, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente. La base giuridica del trattamento dei dati è individuata nell'art 6 let e) e nell'art 9 paragrafo 2 let g) del Regolamento UE/2016/679 e dall'art 2 sexies del Dlgs 196/2003 comma 2 let t.

A tal fine le facciamo presente che:

1. L’Azienda sanitaria _____ è il Titolare del trattamento (dati di contatto: _____)
e il/i Responsabile/i del trattamento è/sono _____

2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude alla fruizione del beneficio. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.

3. I suoi dati saranno conservati presso l’Azienda sanitaria _____ per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati [*indicare dati di contatto del DPO*] .

5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)