

Sezione riservata all'Accettazione del Presidio

pervenuto in data ..... nr.....

Sezione riservata al Responsabile di Settore

.....  programmabile  urgente

**DATI RELATIVI ALL'UTENTE (SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)**

Cognome Nome .....

Nato/a .....  
Comune Provincia Data

Comune di Residenza ..... Via.....

n°.....CAP.....Cittadinanza .....

Stato Civile..... Titolo di Studio .....

Codice Fiscale

Codice Sanitario Individuale

(per recuperare il codice sanitario individuale seguire le istruzioni allegate)

Telefono ..... Cell. ....

Rec. Tel. .... c/o .....

Indirizzo mail .....

Professione  Studente  Altro (specificare).....

Utilizza il supporto di un O.S.S.  No  Sì Caregiver  No  Sì

È in possesso di documento di invalidità  No  Sì: indicare %.....

In precedenza ha già effettuato visite o prestazioni al Presidio di Riabilitazione del Centro Polifunzionale don Calabria?  No  Sì

Data, .....

Cognome Nome di entrambi i Genitori  
(o dell'Amministratore di Sostegno/tutore):

.....  
.....

Firma di entrambi i genitori  
(o dell'Amministratore di Sostegno/tutore):\*

.....  
.....

\* Nel caso in cui uno dei genitori non abbia firmato, si dichiara che non è stato possibile per :

lontananza  impedimento  altro

Il sottoscritto come sopra identificato dichiara di aver preso visione sul sito del Centro Polifunzionale Don Calabria dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali) ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

accetta  non accetta

DATA ..... FIRMA DEL RICHIEDENTE .....

Inviare via mail alla segreteria (accettazionecms@centrodoncalabria.it) o consegnare a mano questo documento all'Accettazione del Presidio (tel +39 045 8184211), ricordando di allegare copia della tessera sanitaria magnetica, copia della tessera sanitaria cartacea e del codice fiscale.

## VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA A CURA DEL P.L.S. /M.M.G.

Gentile Dottoressa/Dottore,

per consentire di rispondere nella maniera più consona e puntuale alle richieste di presa in carico, le chiediamo di supportare il proprio Assistito nella compilazione di questa sezione.

Per i casi in cui si richieda con urgenza la visita di accertamento, si raccomanda di esplicitare le motivazioni cliniche e/o circostanziali. Successivamente sarà contattato al fine di definire e condividere le modalità più appropriate di risposta. Tali situazioni, supportate da una documentazione idonea e da una sua presentazione, avranno una priorità di accesso in conformità con le disponibilità delle risorse.

A tale proposito le segnaliamo che l'equipe è organizzata nell'ottica della presa in carico globale e che qualora l'utente fosse già in carico presso un altro centro/servizio/struttura, non è possibile la presa in carico se non con passaggio in continuità terapeutica.

Confidando e ringraziando per la Sua collaborazione, siamo a disposizione per ogni suggerimento o chiarimento.

Cordiali saluti

Direttore Sanitario  
Dr.ssa Beatrice Brugnoli

Motivo della richiesta ed eventuale diagnosi (COD. ICD9-CM) .....

Data di inizio della patologia

Minore di 3 mesi  Da 3 a 6 mesi  Da 6 a 12 mesi  Maggiore di 12 mesi

Comorbilità .....

Variazioni del quadro clinico negli ultimi 3 mesi .....

Terapie mediche in atto .....

Trattamenti riabilitativi:

nessuno

pregressi:  Presso struttura ospedaliera (*sede*) .....

Presso servizi ambulatoriali (*sede*) .....

in atto (*specificare tipologia*.....)

Presso struttura ospedaliera (*sede*) .....

Presso servizi ambulatoriali (*sede*).....

Cosa richiede .....

In caso di presenza di **motivazioni cliniche** che richiedono la presa in carico **urgente** del paziente, si specifichi quali: .....

In caso di presenza di **motivazioni circostanziali** (quadro familiare, condizioni abitative, cambiamento del funzionamento sociale del paziente, ...) che richiedono la presa in carico **urgente** del paziente, si specifichi quali: .....

Note .....

Recapito telefonico del Medico.....n° iscrizione Albo.....

Timbro e firma del Medico.....

**INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI DEGLI UTENTI DEL CENTRO  
POLIFUNZIONALE DON CALABRIA FONDAZIONE ETS**

*Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Decreto Legislativo 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali)*

**NOMINATIVO DELL'UTENTE INTERESSATO**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**NOMINATIVO DI CHI FIRMA IN CASO DI MINORE O DI SOGGETTO IMPOSSIBILITATO A SOTTOSCRIVERE**

*Se l'utente è minorenne è necessaria l'indicazione e la firma di entrambi i genitori*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Genitore  Tutore / A.d. S. / chi ne fa le veci

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Genitore  Tutore / A.d. S. / chi ne fa le veci

Il Centro Polifunzionale Don Calabria Fondazione ETS, con sede legale in Verona, via San Zeno in Monte n. 23 e sede operativa in Verona, via San Marco n. 121, C.F. 93168040231 e partita iva 04130290234, nel suo ruolo di *TITOLARE del trattamento dei dati personali* in base a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dal D. Lgs. n. 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali), con la presente

**LA INFORMA**

che i dati personali e particolari da lei forniti sono utilizzati, gestiti e conservati nel rispetto dei principi di protezione stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dal D. Lgs. n. 196/2003 ed in particolare come di seguito indicato:

**1) FINALITÀ' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

La informiamo che i dati verranno trattati con le seguenti finalità:

- a) fornitura di servizi concernenti l'area sociale, sanitaria-riabilitativa, sportiva e formativa, attività di supporto alla struttura (fini contabili, amministrativi ed organizzativi);
- b) assolvimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria e per l'adempimento di obblighi contabili e fiscali oltre che per consentire una efficace gestione amministrativa dei rapporti intercorrenti;
- c) permettere la regolare fornitura dei servizi richiesti ed offerti e dare informazioni relative ai servizi richiesti o comunque sottoscritti ovvero confermati per lettera anche inviata via fax o per posta elettronica e, limitatamente alle prestazioni che prevedono un corrispettivo, per provvedere alla relativa fatturazione e conseguenti adempimenti fiscali;
- d) per obblighi contrattuali ovvero in relazione alle esigenze contrattuali, o per l'acquisizione di informative precontrattuali;
- e) Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" (dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale);
- f) durante la permanenza presso la struttura del Centro Polifunzionale, Lei potrà essere oggetto di alcune videoriprese o fotoriprese, previa accettazione anche verbale, che avranno come fine la documentazione dei progressi ottenuti in ambito riabilitativo o formativo; la raccolta occasionale dell'immagine sarà improntata alla tutela della dignità del soggetto e darà positivo risalto alle qualità del soggetto e al contesto familiare in cui si sta formando;
- g) utilizzo dei dati aggregati in forma anonima ai fini di ricerca per la pubblicazione di contributi scientifici;
- h) promozione delle attività dell'ente tramite comunicazione ed elaborazione di linee di comunicazione strategica (info, newsletter, web, materiale istituzionale, 5 per mille ecc) e processo raccolta fondi attraverso gestione anagrafiche, gestione donazioni, gestione incassi con carte di credito e SDD;
- i) campagna lasciti testamentari.

**2) MODALITÀ' DEL TRATTAMENTO DATI**

Il CENTRO POLIFUNZIONALE DON CALABRIA FONDAZIONE ETS effettua il trattamento dei dati principalmente con strumenti elettronici ed informatici, memorizzati sia su supporti informatici che su supporti cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo, e ciò nel rispetto delle misure minime di sicurezza e secondo criteri di liceità, correttezza e riservatezza, nella piena tutela dei Suoi diritti in qualità di soggetto INTERESSATO del trattamento;

**3) BASE GIURIDICA**

Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità di fornire i servizi richiesti a) h) i)

Il conferimento di categorie particolari di dati legati al trattamento e) potrebbe essere legato all'**esecuzione di un contratto di cura legato per a), interessi pubblici rilevanti** (sanità pubblica, ricerca scientifica) o basato su **consenso specifico nell'ambito sociale-formativo**.

I Dati Personali raccolti per le finalità di cui alla lettera a), e) e g) che precede, saranno trattati da o sotto la responsabilità di un professionista soggetto al segreto professionale o da altri soggetti all'obbligo di segretezza conformemente al diritto dell'Unione Europea o del diritto nazionale o alle norme stabilite dagli organismi nazionali competenti, ai sensi dell'art. 9, par. 3, del GDPR. Per le finalità di cui alle lettere b), c), d), non viene richiesto all'Interessato un consenso preventivo, in quanto il trattamento è necessario e legittimato da una delle basi giuridiche sopra indicate.

L'ente tratta i dati facoltativi degli utenti citati al punto f) (videoriprese e fotoriprese) basato su consenso specifico.

La base giuridica per il trattamento di dati sanitari aggregati e anonimi per pubblicazioni scientifiche al par g) si basa sul principio del **trattamento per finalità di ricerca scientifica** (in linea con l'articolo 9, paragrafo 2, lettera j) del GDPR)

Il trattamento ai paragrafi h) promozione delle attività dell'ente tramite comunicazione ed elaborazione di linee di comunicazione strategica (info, newsletter, web, materiale istituzionale, 5 per mille ecc) e processo raccolta fondi attraverso gestione anagrafiche, gestione donazioni, gestione incassi con carte di credito e SDD e i) campagna lasciti testamentari; sono basati sull'**interesse legittimo del titolare** (art. 6, par. 1, lett. f del GDPR) in base al consenso.

#### 4) **CATEGORIE DI DESTINATARI**

Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati, esclusivamente per le finalità sopra specificate, alle seguenti categorie di interessati:

- liberi professionisti che collaborano con la struttura dello scrivente Centro nelle diverse aree;
- consulenti (società, enti, professionisti) che svolgono per conto dello scrivente Centro incarichi specifici aventi finalità contabili, amministrative, fiscali e informatiche;
- organismi istituzionali preposti al controllo della fornitura di servizi in ambito socio-sanitario, sportivo e formativo (ASL, Comune, Provincia, Regione);
- enti, aziende ed istituzioni pubbliche e private che svolgono funzioni strettamente connesse o strumentali all'attività dello scrivente Centro, collaborando con la struttura nelle diverse aree di intervento;
- eventuali enti od autorità a cui i dati stessi vanno comunicati per obblighi di legge (l'Amministrazione finanziaria, statale o locale);

#### 5) **PERIODO DI CONSERVAZIONE**

I dati obbligatori ai fini contrattuali e contabili sono conservati nell'ambito dell'erogazione del servizio richiesto, per il tempo necessario allo svolgimento del rapporto in essere e nei termini di legge.

#### 6) **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Decreto Legislativo 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali), l'interessato può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, esercitare i seguenti diritti:

- richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano (diritto di accesso);
- conoscerne l'origine;
- riceverne comunicazione intelligibile;
- avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento;
- richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti;
- nei casi di trattamento basato su consenso, ricevere i propri dati forniti al titolare, in forma strutturata e leggibile da un elaboratore di dati e in un formato comunemente usato da un dispositivo elettronico;
- il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo.

Relativamente ai dati medesimi si potranno esercitare i diritti previsti dagli articoli del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) (art. 15 - Diritto di accesso dell'interessato, art. 16 - Diritto di rettifica, art. 17 - Diritto alla cancellazione, art. 18 - Diritto di limitazione al trattamento, art. 20 - Diritto alla portabilità dei dati) nei limiti ed alle condizioni previste dall'art. 12 del Regolamento stesso, e i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. N. 196/2003 (Diritto di accesso ai dati personali e altri diritti). Le richieste vanno rivolte al Titolare del trattamento inviando una richiesta scritta indirizzata a: CENTRO POLIFUNZIONALE DON CALABRIA FONDAZIONE ETS presso la sede operativa di Via San Marco 121 – 37138 Verona, alla c/a del titolare del trattamento dei dati. Per tali richieste potrà essere utilizzato anche l'indirizzo e-mail: [privacy@centrodoncalabria.it](mailto:privacy@centrodoncalabria.it)

La presente sostituisce qualunque precedente comunicazione in materia.

Cordiali saluti.

Verona, li \_\_\_\_\_ Il Titolare del trattamento \_\_\_\_\_



Il sottoscritto in calce identificato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali) ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

accetta

non accetta

Verona, li \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Interessato  Genitore  Tutore / A.d. S. / chi ne fa le veci

*Se l'utente è minorenne è necessaria la firma di entrambi i genitori.  
Nel caso uno dei genitori non abbia firmato, si dichiara che non è stato possibile per:  
 lontananza  impedimento  altro \_\_\_\_\_*

Il sottoscritto in calce identificato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali) ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti e per le finalità indicate al punto f) (videoriprese e fotoriprese) e per la durata precisati nell'informativa.

accetta  non accetta

Verona, li \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Interessato  Genitore  Tutore / A.d. S. / chi ne fa le veci

*Se l'utente è minorenne è necessaria la firma di entrambi i genitori.  
Nel caso uno dei genitori non abbia firmato, si dichiara che non è stato possibile per:  
 lontananza  impedimento  altro \_\_\_\_\_*

Il sottoscritto in calce identificato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali) ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali nei limiti e per le finalità indicate al punto h) (promozione delle attività dell'ente e raccolta fondi) e per la durata precisati nell'informativa.

accetta  non accetta

Verona, li \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Interessato  Genitore  Tutore / A.d. S. / chi ne fa le veci

*Se l'utente è minorenne è necessaria la firma di entrambi i genitori.  
Nel caso uno dei genitori non abbia firmato, si dichiara che non è stato possibile per:  
 lontananza  impedimento  altro \_\_\_\_\_*

Il sottoscritto in calce identificato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Testo unico in materia di protezione dei dati personali) ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali nei limiti e per le finalità indicate al punto i) (campagna lasciti testamentari) e per la durata precisati nell'informativa.

accetta  non accetta

Verona, li \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Interessato  Genitore  Tutore / A.d. S. / chi ne fa le veci

*Se l'utente è minorenne è necessaria la firma di entrambi i genitori.  
Nel caso uno dei genitori non abbia firmato, si dichiara che non è stato possibile per:  
 lontananza  impedimento  altro \_\_\_\_\_*