UFFICIO RICOVERI FUORI REGIONE
Via Romagna, 16 – 09127 Cagliari
tel. 070 6093704 / 6211 / 3221 / 3660
ricoverifuoriregione@aslcagliari.it

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – D.lgs. 196/2003 e s.m.i.

In riferimento all'istanza da Lei presentata e alle eventuali istanze successive dirette all'ottenimento dei benefici previsti dalla L.R. 26/1991, che regola il ricorso a prestazioni sanitarie nel territorio nazionale e all'estero, La informiamo che il trattamento dei dati è svolto nel rispetto delle vigenti norme in materia, in particolare del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018.

Finalità e base giuridica. I dati, comprese le categorie particolari di dati relativi alla salute, sono trattati per l'istruttoria e la definizione del procedimento amministrativo di autorizzazione e di rimborso; la base giuridica è l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (art. 6, par. 1, lett. e) e i motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 9, par. 2, lett. g) e h) del Regolamento).

Destinatari. I dati possono essere comunicati alle competenti Amministrazioni per i controlli previsti dalla normativa vigente e alle strutture sanitarie coinvolte nel procedimento. Non è previsto alcun trasferimento verso Paesi terzi, salvo quanto strettamente necessario nei casi di assistenza sanitaria all'estero.

Conservazione. I dati sono conservati per il tempo previsto dal massimario di scarto dell'Azienda e comunque per il periodo necessario all'assolvimento degli obblighi di legge.

Diritti dell'interessato. In qualsiasi momento Lei può esercitare i diritti di accesso, rettifica, integrazione, cancellazione, limitazione e opposizione previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento, nonché proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento ASL n. 8 di Cagliari

Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO) Dott. Emanuele Donadio – rpd@aslcagliari.it

Responsabile del procedimento Dott. Roberto Mammoliti

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

☐ Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sopra riportata.

Il trattamento dei dati necessari all'istruttoria si fonda sull'esecuzione di un compito di interesse pubblico e sui motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica: non richiede quindi il consenso dell'interessato, che per un soggetto pubblico non sarebbe una base giuridica idonea. Questa dichiarazione attesta soltanto l'avvenuta consegna dell'informativa.

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di genitore / tutore / amministratore di sostegno di _____

Recapito e-mail o PEC per le comunicazioni _____

_____
Luogo e data *Firma dell'interessato*