

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana	SC Cure Primarie	IO.DCPrim.02 - All. 7
	ISTRUZIONE OPERATIVA Linee di indirizzo per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale	Rev. n° 0 Del 04.02.2025 Pag. 1 di 3

RICHIESTA DI SCELTA IN DEROGA PER MINORI

Il/la sottoscritto/a:

- 1) _____ (COGNOME E NOME) nato/a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ n° _____
 Codice Fiscale _____ Telefono _____ e-mail _____
- 2) _____ (COGNOME E NOME) nato/a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ n° _____
 Codice Fiscale _____ Telefono _____ e-mail _____

IN QUALITA' DI GENITORE/I

ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta

CHIEDE / CHIEDONO

per il/i proprio/a/i figlio/a/i di seguito elencati:

Cognome e nome	Data di nascita	Cod. fiscale	Attuale Pediatria

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera professionale del Dr./Dr.ssa _____
 che svolge la propria attività di medico convenzionato nel Comune di _____
 per i seguenti motivi: (barrare le caselle che interessano):

- ☐ Prosecuzione di rapporto fiduciario preesistente (a seguito del trasferimento di residenza in Comune fuori dal territorio dell'ATS INSUBRIA);
- ☐ Prosecuzione di rapporto fiduciario preesistente a seguito del trasferimento di residenza nell'ambito territoriale dell'ATS INSUBRIA;
- ☐ Presenza di una patologia di particolare competenza specialistica in possesso del Pediatra scelto;
- ☐ Presenza di gravi e obiettive circostanze che ostacolano il normale rapporto di fiducia nell'ambito
ove tutti gli altri medici sono massimalisti;
- ☐ Ospite di comunità dove il pediatra scelto è il pediatra di riferimento.

Dichiaro inoltre di aver letto e compreso l'informativa resa dall'ASST Lariana ai sensi dell' art. 13 del Reg. UE 2016/679 e disponibile presso il sito web istituzionale all'indirizzo <https://www.asst-lariana.it/v2/info/privacy/>.

Data, _____

Firma Genitore _____

Firma Genitore _____

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana	SC Cure Primarie	IO.DCPrim.02 - All. 7
	ISTRUZIONE OPERATIVA Linee di indirizzo per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale	Rev. n° 0 Del 04.02.2025 Pag. 1 di 3

Da compilare in caso di impossibilità di firma di entrambi i genitori.

Il genitore firmatario dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale:

- ☐ Congiuntamente all'altro genitore e che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile⁽¹⁾, l'altro genitore non può firmare il consenso e **condivide** la mia decisione.
- ☐ Come genitore unico (es. vedovo/a) o unico esercente della potestà genitoriale.

PARTE RISERVATA AL PEDIATRA SCELTO

La/Il sottoscritta/o _____ cod. reg. _____

ACCETTA DI ASSISTERE

Nome _____ Cognome _____ Codice fiscale _____

Nel caso di accettazione di assistito fuori ambito, indicare la motivazione:

DICHIARA A TAL FINE

di essere disponibile ad effettuare eventuali visite domiciliari presso la residenza/domicilio dell'assistito/a anche se differente dal proprio ambito di inserimento.

In fede

 (Timbro e firma del medico)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO SCELTA E REVOCA

Il pediatra prescelto presenta massimale pari a _____ n. assistiti carico totale _____

n. assistiti carico virtuale _____ di cui in deroga _____

- ☐ La richiesta **rientra** nei criteri per la deroga d'ufficio, si procede pertanto all'assegnazione del medico richiesto.
- ☐ La richiesta **non rientra** nei criteri per la deroga d'ufficio, si procede pertanto all'inoltro della pratica al Dirigente incaricato della ASST.

Data, _____

L'operatore

PARTE RISERVATA AL DIRIGENTE DI ASST

Valutato quanto sopra, si esprime:

- ☐ PARERE FAVOREVOLE
- ☐ PARERE SFAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:

Data, _____

Il Dirigente incaricato

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana	SC Cure Primarie	IO.DCPrim.02 - All. 7
	ISTRUZIONE OPERATIVA Linee di indirizzo per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale	Rev. n° 0 Del 04.02.2025 Pag. 1 di 3



INFORMATIVA
 ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679
 PER L'UTILIZZO DEL SERVIZIO ANAGRAFICO-SANITARIO

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per questo desideriamo fornirle le relative informazioni.

Titolare del trattamento	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana - Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132			
Finalità e base giuridica del trattamento	Finalità	Base giuridica (riferita al GDPR 2016/679)		
	Avviamento dell'istruttoria, attraverso un servizio online, di richieste riguardanti l'assistenza medica territoriale (cambio/revoca medico di base/pediatra di libera scelta, duplicato tessera sanitaria, variazione dati anagrafici, scelta in deroga, rinnovo iscrizione servizio sanitario regionale)	Interesse pubblico (art. 6 par. 1 lett. e)) <i>I dati devono essere conferiti per rendere possibile l'avvio dell'istruttoria</i>		
Dati personali trattati	Finalità	Dati trattati		
	Avviamento dell'istruttoria di richieste riguardanti l'assistenza medica territoriale (cambio/revoca medico di base/pediatra di libera scelta, duplicato tessera sanitaria, variazione dati anagrafici, scelta in deroga, rinnovo iscrizione servizio sanitario regionale)	Dati dell'utente e di chi esercita la potestà genitoriale in caso di minori: Nome, cognome, codice fiscale, indirizzo email, residenza, numero telefonico, copia della carta d'identità, copia della tessera sanitaria		
Destinatari dei dati personali	Finalità	Destinatari		
	Avviamento dell'istruttoria di richieste riguardanti l'assistenza medica territoriale (cambio/revoca medico di base/pediatra di libera scelta, duplicato tessera sanitaria, variazione dati anagrafici, scelta in deroga, rinnovo iscrizione servizio sanitario regionale)	ATS Insubria – Regione Lombardia – Agenzia delle Entrate		
Periodo di conservazione dei dati	Finalità	Durata della conservazione		
	Avviamento dell'istruttoria di richieste riguardanti l'assistenza medica territoriale (cambio/revoca medico di base/pediatra di libera scelta, duplicato tessera sanitaria, variazione dati anagrafici, scelta in deroga, rinnovo iscrizione servizio sanitario regionale)	Il periodo di conservazione dei dati è conformato alle disposizioni della Regione Lombardia (Regolamento Regionale n. 3/2012 e Massimario di scarto del Sistema Sanitario e Sociosanitario della Regione Lombardia) nonché alle previsioni del Codice dei beni culturali (D. Lgs. 42/2004) per l'archiviazione dei documenti pubblici per finalità di ricerca storica		
Diritti dell'interessato	Diritto	Riferimento al GDPR 2016/679	Diritto	Riferimento al GDPR 2016/679
	Accesso ai dati personali	Art. 15	Rettifica dei dati personali	Art. 16
	Cancellazione dei dati personali	Art. 17	Limitazione del trattamento	Art. 18
	Portabilità dei dati personali	Art. 20	Opposizione al trattamento	Art. 21
	Diritto al reclamo al Garante per la Protezione dei Dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma – protocollo@gpdp.it - 06696771	Art. 77	Diritto alla comunicazione della violazione	Art. 34
Processo decisionale automatizzato		NO		
Trasferimenti a paesi extra UE		NO		
Profilazione		NO		
Responsabile per la Protezione dei Dati Personali	ISFORM & CONSULTING SRL – Via Guido Dorso 75 – 70125 – Bari - email rpd@asst-lariana.it - PEC isform.srl@pec.it – Tel.0805025250 <i>Persona fisica da contattare:</i> Francesco Maldera – email rpd@asst-lariana.it			
Dati di contatto per l'esercizio dei diritti	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana Sede legale: Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132 Sede operativa: Via Ravona n. 20 – 22042 – San Fermo della Battaglia (Como) – Italia – Tel. 0315851 – email dir.gen@pec.asst-lariana.it – PEC protocollo@pec.asst-lariana.it			

San Fermo della Battaglia, 3/9/2024

Per il Titolare
 Il Direttore Generale
 Dott. Luca Filippo Maria Stucchi