

	S.C. Cure Primarie	IO.DCPrim.03_ All.7bis
	ISTRUZIONE OPERATIVA ISTRUZIONE OPERATIVA: LINEE DI INDIRIZZO PER L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Rev. n° 0 Del 16.10.2024 Pag. 1 di 3

**DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA DAL COMPIMENTO DEL
14° ANNO AL COMPIMENTO DEL 16° ANNO DI ETÀ'**

Il/la sottoscritto/a: _____ Codice Fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
Telefono _____ e-mail _____

In qualità di ☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Affidatario del minore:

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
Assistito dal Pediatra dott./dott.ssa _____

CHIEDE

di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento del 16° anno per la seguente motivazione:

- ☐ PATOLOGIA CRONICA CON ESENZIONE TICKET;
- ☐ ASSISTENZA PROGRAMMATA AMBULATORIALE (APA) O DOMICILIARE (ADI/ADP) IN CORSO;
- ☐ INVALIDITA' CIVILE;
- ☐ DISAGIO PSICO-SOCIALE;
- ☐ DIFFICOLTA' IN AMBITO FAMILIARE O DISAGIO SCOLASTICO;
- ☐ SUPPORTO ALLO SVILUPPO PSICO-FISICO ADOLESCENZIALE.

Sono consapevole che la domanda potrà essere presentata entro nove mesi dalla data del compimento del 14° anno e che oltre tale data la domanda non sarà accettata.

Sono consapevole, infine, che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i. e pertanto saranno utilizzati, anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'ASST di competenza ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al SSR e di comunicarli al pediatra da me scelto per mio/a figlio/a, nonché agli altri pediatri associati e al/i rispettivo/i sostituto/i.

Data, _____

Firma del richiedente _____

Firma del 2°Genitore _____

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337ter e 337quater del codice civile)*

*Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori, salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore: impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; l'affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.

Io sottoscritt_ dott./dott.ssa _____

Dichiaro di essere disposto/a proseguire l'assistenza pediatrica nei confronti del suddetto minore, ai sensi dell'art. 41 comma 4 del vigente ACN.

Data, _____ Firma e timbro del Pediatra _____

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Lariana	S.C. Cure Primarie	IO.DCPrim.03_ All.7bis
	ISTRUZIONE OPERATIVA ISTRUZIONE OPERATIVA: LINEE DI INDIRIZZO PER L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Rev. n° 0 Del 16.10.2024 Pag. 2 di 3

PARTE RISERVATA AL PEDIATRA SCELTO

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

ACCETTA DI PROSEGUIRE L'ASSISTENZA

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	S.C. Cure Primarie	IO.DCPrim.03_ All.7bis
	ISTRUZIONE OPERATIVA ISTRUZIONE OPERATIVA: LINEE DI INDIRIZZO PER L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Rev. n° 0 Del 16.10.2024 Pag. 3 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 Persona fisica da contattare: 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			