Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Insubria

MODULO SEGNALAZIONE UTENTE

Il/la sottoscritto/a [nome] ..... [cognome] .....
residente nel Comune di ..... Prov. ..... CAP .....
via ..... n. ..... tel. ..... e-mail .....

Indicare la modalità scelta per il ricevimento della risposta [barrare casella]:

☐ posta elettronica [indicare e-mail] .....
☐ posta ordinaria all'indirizzo indicato
☐ posta ordinaria ad altro indirizzo [indicare indirizzo] .....
☐ telefono [indicare n.] .....

Segnala quanto segue:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data ..... [Firma del dichiarante] .....

La presentazione del "Modulo segnalazione" deve essere completata dalla sottoscrizione del "Consenso al trattamento dati" in quanto il mancato consenso comporta l'impossibilità di dare corso alla gestione della segnalazione e di fornire risposte in merito.

MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI E SENSIBILI

da allegare alla segnalazione

Informativa sul trattamento dei dati personali

Gentile Utente,

Tutte le informazioni raccolte e quelle che emergono o potrebbero emergere nel corso delle attività dell'Ufficio Pubblica Tutela (UPT) saranno trattate in modo strettamente confidenziale, in conformità alle norme per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. In particolare, ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, Le chiediamo di tenere conto di quanto segue:

- ***Finalità e relativa base giuridica (art. 9 Trattamento di categorie particolari di dati personali) e modalità del trattamento.***
  I suoi dati personali (generalità, informazioni anagrafiche, dati di salute, clinici e altrimenti sensibili) saranno gestiti e archiviati – in forma cartacea, automatizzata e/o informatizzata - per le esclusive finalità connesse alla gestione delle relazioni con l'utente ai sensi della Legge n. 150/2000 che disciplina le attività di comunicazione e informazione nella Pubblica Amministrazione.
- ***Natura obbligatoria o facoltativa dei dati e conseguenze di eventuale rifiuto a fornire i dati.***
  Il consenso al trattamento dei suoi dati personali come sopra descritti, risulta indispensabile ai fini dell'espletamento delle attività dell'Agenzia, nonché per i connessi obblighi di legge;
  In caso di rifiuto a fornire i dati l'Agenzia non potrà svolgere le attività richieste.
- ***Eventuali destinatari dei dati:***
  - le Unità Organizzative dell'ATS Insubria competenti a trattare la segnalazione;
  - le Strutture sanitarie e sociosanitarie, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia, ai quali la conoscenza degli stessi risulti necessaria o sia, comunque, funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria.
- ***Diritti dell'interessato ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento Europeo 2016/679***
  L'interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento:
  - l'accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
  - la limitazione e l'opposizione del trattamento nei casi consentiti;
  - la portabilità dei dati, ai fini della trasmissione dei dati personali da un titolare all'altro, laddove tecnicamente possibile.
- ***Periodo di conservazione dei dati:***
  10 anni
- ***Reclamo a un'Autorità di Controllo (art. 13 p.2 lettera d)***
  L'utente ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo nel caso ritenga che dal trattamento dei suoi dati sia derivata la violazione di un suo diritto o libertà.
- ***Titolare e Responsabili***
  - Il Titolare del trattamento e il Responsabile del trattamento dei suoi dati è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria, nella persona del Direttore Generale pro tempore,
    con sede in Via O. Rossi, 9 – VARESE
    Recapiti: 0332.277.111 / protocollo@pec.ats-insubria.it
  - Il Responsabile della Protezione dei suoi dati (DPO) a cui ci si può rivolgere per eventuali informazioni e reclami è contattabile al numero di telefono 0332277566, all'indirizzo mail dpo@ats-insubria.it e alla PEC protocollo@pec.ats-insubria.it

Allegare copia della Carta d'identità.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra,

Io sottoscritto/a Cognome ..... Nome .....

Via ..... n. ..... Località ..... CAP ..... Prov. .....

Telefono ..... E-mail .....

In qualità di: [barrare casella]

- ☐ Soggetto interessato dalla segnalazione
- ☐ Genitore/tutore del soggetto interessato dalla segnalazione
- ☐ Delegato del soggetto interessato dalla segnalazione (*allegare modulo delega*)

ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo l'ATS dell'Insubria a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività dell'Ufficio Pubblica Tutela (UPT) nonché per i connessi obblighi di legge.
Dichiaro che mi sono state preventivamente rese le prescritte informazioni circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento, gli eventuali destinatari, per iscritto con la nota informativa di cui sopra, che si considera parte integrante ed essenziale della presente dichiarazione.

Luogo e data ..... Firma .....

Spazio riservato all'ATS

Data ricevimento segnalazione ..... / ..... / .....

Numero progressivo segnalazione ..... Classificazione..... Protocollo n. .....

Oggetto segnalazione .....

Risoluzione segnalazione.....

.....

.....

.....

.....

Direzione Dipartimentale competente .....

Operatore UPT .....

Data chiusura segnalazione ..... / ..... / .....