

## DELEGA PER ATTIVITA' PRESSO GLI SPORTELLI DISTRETTUALI

### Il sottoscritto/a

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

come da documento di identità allegato alla presente delega

### in qualità di:

diretto interessato

altro (specificare) \_\_\_\_\_

di: (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ grado di parentela (specificare) \_\_\_\_\_

residenza (se diversa) \_\_\_\_\_

## DELEGA

il/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ad effettuare:

- Iscrizione/cambio/rinnovo medico
- Duplicato tessera sanitaria
- Duplicato/rilascio esenzione ticket per patologia/reddito
- Ritiro autorizzazione fornitura protesica
- Ritiro ricette per  ausili per incontinenza,  sacche,  cateteri,  alimenti a proteici,  medicazioni per tutto l'anno \_\_\_\_\_, salvo revoca scritta da presentare al Distretto di competenza
- Ritiro copia cartella ADI
- Variazione indirizzo:
  - indirizzo attuale \_\_\_\_\_
  - precedente indirizzo \_\_\_\_\_
- Ritiro presso gli sportelli distrettuali dei propri referti riguardanti prestazioni sanitarie per tutto l'anno \_\_\_\_\_, salvo revoca scritta da presentare al Distretto di competenza.
- Altro \_\_\_\_\_

Si ricorda che in base alla Legge del 24.12.1990 n. 407 "il mancato ritiro del referto entro 30 gg. dall'effettuazione della prestazione specialistica comporta l'addebito all'assistito dell'intero costo della prestazione fruita".

### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il delegato è identificato con documento di identità n. .... data.....

Il dipendente addetto .....

MOD<sub>DAD</sub>104/REV n° 06 del 07/2019

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

La delega serve ad autorizzare terzi al ritiro di atti e documenti, nonché alla presentazione di particolari richieste

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

Interessato – Genitore esercente la patria potestà (nel caso di minori) – Tutore – Amministratore di Sostegno – Coniuge, figlio o altro parente fino al III° grado (solo in caso di impedimento sanitario e con presentazione di autocertificazione di impedimento redatta dal richiedente – art.4 DPR 445/2000)

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

Il modulo deve essere consegnato dal delegato all'ufficio preposto

Alla delega va allegata copia del documento d'identità del delegante oppure va esibito l'originale del documento di identità del delegante che verrà fotocopiato ed allegato alla delega dagli Operatori di Sportello.

Il delegato deve essere munito di valido documento d'identità, i cui estremi verranno riportati sul modulo dagli Operatori di Sportello.

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

La tempistica della prestazione richiesta con delega varia a seconda della prestazione stessa.

### **RIFERIMENTI / LINK**

Distretti	<a href="http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/lassistenza-sanitaria-di-base/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale/">http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/lassistenza-sanitaria-di-base/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale/</a>
-----------	---