

**DOMANDA PER ASSEGNO DI CURA Delibera GRT n. 721/2009**

Zona Distretto di \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e smi)**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_

 Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

<b>Codice Fiscale</b>											
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico Curante Dr. \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

di essere affetto da malattie di motoneuroni indicando la patologia di cui è affetto:(barrare con una x):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sclerosi Laterale Amiotofica<br><input type="checkbox"/> Sclerosi Laterale Primaria<br><input type="checkbox"/> Atrofia Muscolare Progressiva<br><input type="checkbox"/> Paralisi Bulbare e Pseudobulbare Progressiva<br><input type="checkbox"/> Paraparesi spastiche ereditarie | <input type="checkbox"/> Atrofia Muscolare Spinale tipo II, III e IV<br><input type="checkbox"/> Sindrome post-polio<br><input type="checkbox"/> Malattia di Kennedy<br><input type="checkbox"/> Deficit di esosaminidasi A |
|---|---|

 [ ] Di percepire un contributo economico di € \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
 assegnato dall'Azienda USL Toscana Centro

**CHIEDE**

 di essere sottoposto/a a valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) per accedere all'assegno di cura istituito dalla Regione Toscana ai sensi della Delibera di Giunta n. 721 del 3 agosto 2009 presso il seguente indirizzo: (**specificare solo se diverso da quello della residenza**) \_\_\_\_\_

- che l'indirizzo presso il quale inviare all'interessato la risposta dell'esito della valutazione richiesta è il seguente:  
(specificare solo se diverso da quello della residenza)

Cognome – Nome \_\_\_\_\_ Via, n. civico , cap, Comune \_\_\_\_\_

**A tal fine allega copia della documentazione sanitaria in suo possesso**

Per le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuato dall'Azienda USL Toscana Centro a seguito della ricezione del presente modello, si rappresenta che **l'Azienda, in qualità di titolare del trattamento** (con sede in Piazza S.M.Nuova, 1 Firenze PEC: [direzione.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslcentro@postacert.toscana.it)) tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di trattazione delle istanze pervenute, nonché di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il **conferimento dei dati è obbligatorio** e la loro mancata indicazione non consente di effettuare il procedimento attivato con il presente modello. I dati acquisiti nell'ambito della procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I **dati saranno trattati** esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Azienda (designati **referenti e incaricati**) o da soggetti espressamente nominati come **responsabili del trattamento**. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttoria e nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Azienda, nei casi previsti, l'**accesso ai propri dati personali** e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza all'Azienda è presentata contattando il **Responsabile della protezione dei dati** ([responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it](mailto:responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it)) scaricando il fac-simile di domanda dal sito istituzionale [www.uslcentro.toscana.it](http://www.uslcentro.toscana.it). Link Privacy in Azienda – Modulo per esercizio diritti interessato. Sempre dal sito istituzionale è possibile consultare l'elenco aggiornato dei **Referenti del trattamento dei dati**. Le ricordiamo che potrà esercitare il diritto di reclamo presso il Garante per protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_ (leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dal dichiarante e inviata all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità valido del dichiarante o senza alcun documento di identità se la presente istanza è firmata digitalmente ( art. 65 D.Lgs 7/03/2005 n. 82).