

**Richiesta di Valutazione Multidimensionale**

DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI \_\_\_\_\_

**Punto Unico di Accesso**

Il/la Sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

- destinatario delle prestazioni richieste al Punto Unico di Accesso (PUA)
- genitore o legale rappresentante (nel caso di soggetto minore, interdetto o assistito da amministratore di sostegno) di

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Richiede l'effettuazione della valutazione multidimensionale per l'attivazione di un percorso di cura appropriato ai propri bisogni sociosanitari.

Motivo della richiesta:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Per utenti di minore età, in caso sia presente un solo genitore, occorre allegare la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, compilata e sottoscritta dal genitore sotto la propria responsabilità attestante le condizioni relative alla titolarità e all'esercizio della potestà previste dagli artt. 155, 316 e 317 C.C. In caso il soggetto sia assistito da un legale rappresentante occorre allegare la documentazione attestante i poteri del legale rappresentante. In tutti i casi va accertata l'identità del dichiarante secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente e nella Procedura Aziendale in materia.

**MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
IN AMBITO SANITARIO** (ai sensi dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679)

Consapevole che le dichiarazioni non veritieri sono punibili dalla legge, sotto la mia responsabilità e ai sensi della normativa vigente, preso atto dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 ("RGPD") rilasciata dall'ASL di Sassari

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_\_),

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),

Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

tel. \_\_\_\_\_, e-mail<sup>5\*</sup>: \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_,

in qualità di:

interessato

oppure in qualità di:

Tutore

Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale

Legale rappresentante

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
, n° \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE APPARTENENTI A CATEGORIE PARTICOLARI DI CUI ALL'ART. 9 DEL RGPD.**

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

al trattamento dei propri dati personali, anche appartenenti a categorie particolari di cui all'art. 9 del RGPD, tra cui quelli relativi allo stato di salute per finalità di tipo sanitario di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ed attività amministrative correlate e per le altre finalità sopra esposte nell'ambito delle funzioni istituzionali attribuite a questa ASL.

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

affinché le notizie inerenti il proprio stato di salute possano essere trasmesse in forma sintetica, complete di diagnosi, al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

affinché il personale sanitario del Reparto/della struttura dell'ASL di Sassari fornisca le informazioni riguardanti il proprio stato di salute ovvero dell'assistito ai soggetti da me specificati

Solo al sottoscritto \_\_\_\_\_

A (specificare chi) \_\_\_\_\_

Al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta \_\_\_\_\_

**Si precisa che l'eventuale rifiuto di prestare il consenso in alcuni casi potrebbe comportare, come conseguenza, l'impossibilità per la struttura di perseguire le finalità.**

**Le ricordiamo che il consenso potrà in qualsiasi momento essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.**

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**Informativa sul consenso informato e Modulo di consenso anticipato al trattamento**  
(rivolto agli utenti)

Punto Unico di Accesso – Unità di Valutazione Territoriale (PUA - UVT)  
INFORMATIVA

Gentile utente del Servizio PUA-UVT di \_\_\_\_\_,  
a completamento di quanto già spiegato a voce sulle attività del servizio PUA-UVT, in relazione alla valutazione sul Suo stato di salute, alle Sue necessità assistenziali e alla predisposizione di un adeguato piano di cura, desideriamo riassumerLe con questo sintetico documento le informazioni che La riguardano, al fine di avere, anche per iscritto, il Suo consenso informato alla effettuazione delle attività e procedure necessarie per dare seguito alla Sua richiesta di intervento del nostro Servizio.

Le chiediamo di leggere attentamente quanto segue:

1. per poter procedere alla verifica dei Suoi bisogni di salute, in fase iniziale, il PUA raccoglie tutte le informazioni utili, di natura medica, sociale ed economica, sia attraverso il contatto diretto con Lei, i Suoi familiari o il Suo legale rappresentante, sia attraverso il contatto con Enti o Servizi che posseggono informazioni utili per comprendere la Sua situazione sul piano sanitario, sociale e assistenziale (es. il Comune, l'ospedale, etc);
2. gli operatori del PUA, se lo ritengono necessario, potranno effettuare visite presso il Suo domicilio o presso la struttura dove Lei dovesse trovarsi assistito/ricoverato;
3. il PUA trasferisce le informazioni raccolte all'UVT, che le utilizza per individuare e proporLe un progetto di assistenza e cura dove saranno indicati i tempi, le modalità e gli eventuali costi, il possibile coinvolgimento di altri Enti o Servizi, sanitari e sociali, idonei ad erogare gli interventi che La riguardano;
4. Lei o il Suo rappresentante legale verrà informato dell'esito della valutazione e del programma di intervento che Le proponiamo anche attraverso l'invio di comunicazione scritta;
5. precisiamo che la normativa vigente (Legge 219/2017) dispone che Lei fornisca il Suo consenso e che in qualsiasi momento possa revocarlo in tutto, rinunciando a tutte le prestazioni del sistema PUA UVT, o in parte, rinunciando a singole prestazioni, compatibilmente con la necessità di assicurare una valutazione funzionale alla definizione di un appropriato percorso di cura.

L'operatore del PUA che Le sottopone il presente scritto è a disposizione per fornirLe ogni ulteriore chiarimento prima che Lei proceda a compilare, in ogni sua parte, il modulo di consenso sottoriportato.

**CONSENSO**

Il/la Sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di:

- destinatario delle prestazioni richieste al Punto Unico di Accesso (PUA)
- genitore o legale rappresentante (nel caso di soggetto minore, interdetto o assistito da amministratore di sostegno) di

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato informato verbalmente in maniera chiara ed esaustiva che, in seguito alla richiesta presentata al PUA, verranno espletate le attività come sopra riassunte.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiara di aver compreso quanto gli è stato illustrato e spiegato

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato della possibilità di revocare in tutto o in parte, in qualsiasi momento, il presente consenso, rinunciando alla prestazione richiesta qualora incompatibile con le limitazioni poste all'operatività del Servizio PUA-UVT:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiara di:

- dare il proprio assenso
- non dare il proprio assenso

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza all'avvio della procedura per la valutazione della richiesta allegata al presente modulo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### **Revoca del consenso informato**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di voler revocare:

- in tutto, il consenso precedentemente rilasciato
- in parte il consenso precedentemente rilasciato.

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Per utenti di minore età, in caso sia presente un solo genitore, occorre allegare la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, compilata e sottoscritta dal genitore sotto la propria responsabilità attestante le condizioni relative alla titolarità e all'esercizio della potestà previste dagli artt. 155, 316 e 317 C.C. In caso il soggetto sia assistito da un legale rappresentante occorre allegare la documentazione attestante i poteri del legale rappresentante. In tutti i casi va accertata l'identità del dichiarante secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente e nella Procedura Aziendale in materia.

---

**INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

**Titolare del trattamento:** Azienda Sanitaria Locale di Sassari, in persona del Direttore Generale p.t. - Via Catalocchino 9, 07100 Sassari - [direzione.generale@aslsassari.it](mailto:direzione.generale@aslsassari.it); PEC: [direzione.generale@pec.aslsassari.it](mailto:direzione.generale@pec.aslsassari.it)

**Responsabile della Protezione Dati (DPO/RDP):** Avv. Giulio Maria Garofalo P.iva 0214340688- [giuliomariagarofalo@gmail.com](mailto:giuliomariagarofalo@gmail.com)

**Gentile Paziente,** La informiamo che - ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali - i dati personali da Lei forniti in occasione delle prestazioni sanitarie erogate da Codesta Azienda saranno oggetto di trattamento nel rispetto della predetta normativa.

**Finalità del trattamento** - Il trattamento è finalizzato allo svolgimento delle seguenti attività istituzionali connesse alla tutela della salute: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; tutela della salute e dell'incolmunità fisica del paziente e della collettività, per fini di sanità e igiene pubblica; prescrizione farmaci ed esami sanitari; accertamento e certificazione dello stato di salute e esecuzione di tutti gli adempimenti, anche amministrativi e contabili, correlati all'espletamento delle attività istituzionali connesse alla finalità di tutela della salute e dell'incolmunità fisica. La informiamo che L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ha tra i suoi fini istituzionali anche la didattica, la sperimentazionee la ricercascientifico-statistica.Pertanto i Suoi dati potranno essere trattati anche per queste ulteriori finalità, con l'impegno da parte dell'Azienda a mantenere nel tempo elevati standard di protezione dei dati personali - che riguardano modalità di trattamento e personale autorizzato – e nel rispetto dell'obbligo di acquisire il Suo previo consenso nei casi previsti dalla legge.

**Tipologia di dati** - Verranno raccolti e trattati, nell'ambito delle finalità di cui sopra e nei limiti di quanto effettivamente necessario al loro perseguitamento, dati generici, dati idonei a rivelare lo stato di salute attuale e pregresso, l'origine etnica, eventuali dati giudiziari legati all'attuale residenza dell'interessato, eventuali dati genetici.

Per quanto riguarda la prestazione del consenso, liberamente prestato, l'acquisizione del consenso è necessaria (ai sensi dell'art. 9, Par. 2 a) del RGPD) per i seguenti casi:

o per il trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari, tra cui quelli relativi allo stato di salute per il conseguimento delle finalità di tipo sanitario di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ed attività amministrative correlate e per la altre finalità sopra esposte nell'ambito delle funzioni istituzionali attribuite a questa ASL e ad attività collegate, ad eccezione di tutti i casi che secondo la vigente normativa rientrano nel concetto di "stato di necessità";

o per la comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) indicati specificamente dall'interessato;

o all'eventuale trasferimento dei dati personali verso un paese terzo, anche extra UE, o un'organizzazione internazionale, in mancanza di requisiti di legge inerenti il livello adeguato dei protezione dei dati e in attuazione delle garanzie a tutela dell'interessato previste dal RGPD;

o per il trattamento di dati genetici, che, se necessario, sarà effettuato per finalità di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione.

**Modalità del trattamento** - Le attività di trattamento sui Suoi dati personali saranno svolte sia con l'utilizzo di documentazione cartacea, sia con modalità elettroniche mediante l'utilizzo di strumenti informatici e telematici, secondo logiche e finalità indicate in questa informativa o comunque previste dalla legge nazionale, dalla normativa comunitaria o, ancora, per gli scopi od il raggiungimento di finalità necessarie e indispensabili nell'esecuzione dell'attività svolta e/o richiesta, in modo lecito e secondo correttezza nonché nel rispetto del principio di minimizzazione. I suoi dati non verranno trattati tramite processi decisionali automatizzati o con tecniche di profilazione. In questa Azienda è attivo il servizio di consegna del referto on line (tramite supporto elettronico, Totem, etc...) che potrà essere utilizzato a seguito di acquisizione di specifico consenso.

**Destinatari** - I Suoi dati personali potranno essere comunicati, in relazione alle finalità di cui sopra, a Strutture aziendali differenti da quella che ha acquisito o prodotto il dato, per lo svolgimento di indagini cliniche, diagnostiche o consulenziali, a medici specialisti, farmacisti, medici associati e collaboratori, Responsabili esterni del trattamento, nonché ad altri Titolari o Contitolari del trattamento per adempiere ad obblighi di legge, nel rispetto della normativa vigente oppure su Sua specifica richiesta o indicazione. In ogni caso questa Azienda si impegna a garantire che i Suoi dati personali vengano trattati esclusivamente da soggetti previamente autorizzati ed istruiti, nonché tenuti per legge o per contratto alla massima riservatezza sui dati personali con cui entrino in contatto. I Suoi dati in ogni caso non saranno oggetto di diffusione, né verranno trasferiti in Paesi non appartenenti all'UE o ad organizzazioni internazionali che non abbiano ottenuto decisione di adeguatezza da parte della Commissione europea, abbiano aderito al Privacy Shield o utilizzino clausole contrattuali standard.

**Obbligatorietà** - Il conferimento dei dati ed il loro trattamento è indispensabile ed obbligatorio per poter usufruire delle prestazioni richieste. Eventuali situazioni di trattamento dati il cui conferimento è facoltativo verranno subordinate al rilascio del Suo preventivo consenso e non impediranno il normale svolgimento delle prestazioni sanitarie.

**Conservazione dei dati** - I dati personali, generici e sensibili, da Lei forniti e/o prodotti dall'Azienda saranno conservati per il tempo previsto dall'attuale normativa. In particolare, i dati relativi a ciascun episodio di ricovero, raccolti nella relativa cartella clinica unitamente ai loro referti, verranno conservati a tempo indeterminato. I dati prodotti in occasione di prestazioni ambulatoriali saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguitamento delle finalità per i quali sono stati raccolti e, in ogni caso, per il periodo ritenuto necessario per successive eventuali valutazioni in caso di ritrattamento. I dati utilizzati per le restanti tipologie di trattamento saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguitamento delle finalità per i quali sono stati raccolti a meno che Le sia stato chiesto - e Lei abbia accordato - il consenso per un loro differente periodo di conservazione.

---

**ASL n° 1 Sassari**

Sede Legale  
Via Alceo Catalocchino, 9/11  
07100 - Sassari

Distretto Socio Sanitario di Sassari, dell'Anglona, della Romangia e della Nurra Occidentale  
Via Maurizio Zanfarino, 44  
07100 – Sassari  
e-mail: [distretto.ss@aslsassari.it](mailto:distretto.ss@aslsassari.it)  
Pec : [distretto.sassari@pec.atssardegna.it](mailto:distretto.sassari@pec.atssardegna.it)

---

**INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13  
E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

**Diritti dell'interessato** - La informiamo, inoltre, che ai sensi degli articoli 15-22 del succitato Regolamento, ha facoltà di esercitare in qualunque momento i seguenti diritti:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa: finalità del trattamento, categorie dei dati personali trattati, destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, periodo di conservazione;
- c) chiedere ed ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- d) opporsi al trattamento, salvo quanto necessario al Titolare per adempiere ad obblighi di legge;
- e) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- f) revocare il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- g) proporre reclamo ad un'autorità di controllo secondo le procedure reperibili sul sito del Garante.

L'esercizio dei diritti di cui alle lettere da a) ad f) potrà avvenire tramite l'invio di espressa richiesta ai contatti del Titolare.  
Per maggiori informazioni o segnalazioni potete rivolgervi al Responsabile della Protezione Dati ai contatti sopra riportati.