



DISTRETTO SANITARIO MONTEROTONDO
VIA VULCANO N° 5 – 00015 MONTEROTONDO (RM)
TEL. 06/90075920
E-MAIL: distretto.monterotondo@aslroma5.it

DIREZIONE SANITARIA

Monterotondo,

Prot. n°

All:

- AVVISO PUBBLICO
- DOMANDA CONTRIBUTO
- CONSENSO TRATTAMENTO DATI
- INFORMATIVA

Alla Resp. Ufficio di Piano di Zona Monterotondo
Dott.ssa Monica Fiori

Ai sigg.ri Sindaci dei Comuni di
Monterotondo
Mentana
Fonte Nuova

e p.c. Al Commissario Straordinario ASL Roma5
Al Direttore Sanitario Aziendale ASL Roma5
All' URP Aziendale
All' Ufficio Stampa ASL Roma5

LORO SEDE

Oggetto: Trasmissione avviso pubblico – Deliberazione Giunta Regionale n. 761/21.

In relazione all'oggetto, l'erogazione dei "Contributi alle donne sottoposte a terapie oncologiche per l'acquisto della parrucca" Bando anno 2025, si comunica che gli utenti rientranti nelle sopracitate categorie possono presentare domanda presso:

Il Distretto Sanitario di Monterotondo sito in via Vulcano n. 5 piano 1°, nel seguente orario:
Dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00
per informazioni: 0690075976

LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE ENTRO IL 28/02/2024

Si prega di dare massima diffusione.

Il Direttore Distretto di Monterotondo
Dott. Federico Guerriero



AVVISO PUBBLICO

Domanda di contributo per il **bando anno 2025** "Contributi alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca" (DGR 761/21)

La Regione Lazio, con la legge n.28/2019, come modificata dalla legge regionale n.14/2021, ha previsto l'erogazione di un contributo destinato alle persone affette da alopecia a seguito di terapie oncologiche per l'acquisto della parrucca e l'istituzione in ogni ASL della Banca della Parrucca per la fornitura gratuita delle parrucche destinate dalla Banca medesima.

Per l'erogazione del contributo in questione le Aziende Sanitarie Locali emanano avvisi pubblici durante il corso dell'anno solare; **il Primo Bando prevede la scadenza al 28/02/2025** per la presentazione delle istanze.

I destinatari del presente avviso sono:

- tutte le donne residenti nel Lazio affette da alopecia conseguente a terapia oncologica con un indicatore ISEE non superiore a €. 50.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e s.m.i..

La domanda di contributo va presentata al Distretto Sanitario di MONTEROTONDO - corredata dalla documentazione di seguito descritta:

- dichiarazione, ai sensi dell'art.46 del DPR n.445/2000 e smi, attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione medica rilasciata dal medico di Medicina Generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a € **50.000,00**, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 smi;
- dichiarazione, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR n.445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.

L'importo del contributo erogabile per ciascuna beneficiaria è quantificato in € **250,00** e comunque non potrà essere superiore al costo sostenuto per l'acquisto della parrucca.

I contributi verranno assegnati nei limiti delle risorse disponibili per ciascun avviso secondo il criterio cronologico di protocollazione delle domande, riportate in un'unica graduatoria Regionale.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5

Le domande di contributo ritenute ammissibili che non rientreranno nell'assegnazione di ciascun avviso, in quanto in esubero rispetto alle risorse disponibili, verranno inserite con priorità nell'assegnazione relativa al successivo avviso.

I termini di scadenza del Primo Bando per la presentazione delle istanze è il 28/02/2025

La domanda dovrà essere protocollata entro i termini indicati presso il Distretto Sanitario di Monterotondo, via Vulcano n. 5 1° piano, nei seguenti giorni ed orari:

dal lunedì al venerdì, dalle ore 09:00 alle ore 13:00 .

Il Direttore
Distretto Sanitario Monterotondo
Dott. Federico Guerriero

INFORMATIVA PER L'UTENTE AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI PER LA DOMANDA DI CONTRIBUTO AI CITTADINI SOTTOPOSTI A TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA (DGR 761/2021)

Gentile Sig.ra/Egregio Sig.re,

con la presente intendiamo informarla ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016, che i Suoi dati personali e particolari (in particolare, quelli idonei a rivelare il Suo stato di salute o, in breve, categorie particolari di dati - dati sanitari) rilasciati in tale circostanza saranno oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria Locale esclusivamente per le finalità connesse agli adempimenti richiesti dalla DGR 761/2021.

La base giuridica dei trattamenti di cui alla finalità principale è fondata:

- sull'assolvimento degli obblighi di legge per attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria di questa Azienda Sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regione Lazio;
- sull'assolvimento degli obblighi contrattuali per l'erogazione dei servizi richiesti dagli utenti/pazienti.

Modalità del trattamento e tempi di conservazione dei dati

I dati raccolti vengono trattati, per le predette finalità, con mezzi cartacei e informatici idonei a garantirne una adeguata sicurezza e riservatezza. Gli stessi sono conservati per il tempo strettamente necessario all'assolvimento degli obblighi di legge.

Il conferimento dei dati richiesti, in ossequio alla finalità principale, deve considerarsi obbligatorio, con la conseguenza che un mancato conferimento renderebbe impossibile l'erogazione dei servizi sanitari previsti dalla normativa vigente e/o richiesti dall'utente/paziente.

Conoscenza, comunicazione, trasferimento dei dati

In ambito aziendale sono autorizzati ad effettuare operazioni di trattamento sui Suoi dati personali, secondo i principi di necessità, correttezza e liceità previsti dalla normativa sulla protezione dei dati personali, solo soggetti autorizzati al trattamento o responsabili interni del trattamento, in relazione al ruolo effettivamente ricoperto, tenuti al rispetto del segreto professionale o del segreto d'ufficio o impegnati, da vincolo contrattuale, all'obbligo di riservatezza ed appartenenti alle Unità operative dell'azienda ed alle strutture amministrative della stessa.

Dei dati personali degli utenti/pazienti possono venirne a conoscenza anche soggetti esterni fornitori di beni e servizi e consulenti esterni che effettuano il trattamento dei dati personali in relazione al rapporto contrattuale intrattenuto con la scrivente Azienda Sanitaria e che sono pertanto nominati responsabili del trattamento.

Posto altresì che, per legge, non è consentita la diffusione di dati sanitari, la comunicazione di questi dati e/o di altri dati che riguardano gli utenti/pazienti può avvenire, se indispensabile per assolvere alle finalità istituzionali di questa Azienda Sanitaria o di altri soggetti che di seguito si dettagliano in via esemplificativa:

- a) soggetti pubblici o privati (convenzionati o accreditati) coinvolti nel percorso diagnostico – terapeutico;

- b. b) strutture organizzative della Regione Lazio e del Ministero della Salute per finalità di loro rispettiva competenza, sull'assistenza sanitaria);
- c. c) Azienda Sanitaria di residenza (se diversa da questa Azienda);
- d. d) servizi sociali dei Comuni per le attività connesse all'assistenza di soggetti bisognosi;
- e. e) forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria;
- f. f) soggetti qualificati ad intervenire in controversie/contenziosi in cui è parte l'Azienda (compagnie assicurative, consulenti legali, etc.);
- g. g) Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta/ Enti previdenziali e assistenziali (quando previsto dalla legge);
- h. h) soggetti terzi, che abbiano rapporti contrattuali o che operino per conto dell'Azienda in qualità di responsabili del trattamento;
- i. i) altri soggetti nei casi stabiliti dalla legge.

La scrivente Azienda Sanitaria non effettua trasferimento di dati personali all'estero.

Qualora ciò sia necessitato in relazione al fatto che un responsabile del trattamento, con cui questa Azienda Sanitaria intrattiene vincolo contrattuale per la fornitura di un bene o di un servizio, questa Azienda Sanitaria potrebbe autorizzare il trasferimento all'estero di dati sanitari qualora il paese estero in cui i dati siano trasferiti sia da considerarsi adeguato in relazione alle decisioni adottate dalla Commissione Europea e, pertanto, garantisca gli stessi o analoghi diritti che la normativa europea sulla protezione dei dati personali garantisce agli interessati in ambito europeo.

Laddove, invece, il trasferimento dei dati personali riguardi un paese estero per cui non sussista una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, il trasferimento potrà avvenire solo previo Suo espresso e specifico consenso e con il presidio di adeguate salvaguardie e misure di sicurezza.

In ogni caso, il trasferimento dei dati personali non riguarderebbe i dati identificativi o codici che consentirebbero di identificare gli utenti/pazienti che rimangono, comunque, in possesso di questa Azienda Sanitaria.

Titolare del trattamento

Il titolare è l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con sede in Via Acquaregna nn.1/15 00019 Tivoli (Roma) Italia (pec: protocollo@pec.aslromag.it)

RPD

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) per la ASL ROMA 5 è la società Scudo Privacy s.r.l. il cui referente individuato per l'Ente è il Dott. Carlo Villanacci.

Diritti dell'interessato

La normativa europea sulla protezione dei dati personali (Regolamento 2016/679) riserva (artt. 15-23), in qualità di interessato, una serie di diritti che possono essere esercitati, in ogni momento, con richiesta rivolta al Titolare del trattamento o al Responsabile per la protezione dei dati personali.

Ai sensi degli articoli 15-22 del Regolamento europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR) si comunica che l'interessato ha il diritto di chiedere in qualsiasi momento:

- l'accesso ai suoi dati personali, (e/o una copia di tali dati personali), nonché ulteriori informazioni sui trattamenti in corso su di essi;

- la rettifica o l'aggiornamento dei suoi dati personali trattati, laddove fossero incompleti o non aggiornati;
- la cancellazione dei dati personali raccolti, laddove ritenesse il trattamento non necessario o illegittimo;
- la limitazione del trattamento dei suoi dati personali, laddove ritenesse che gli stessi non siano corretti, necessari o siano illegittimamente trattati, o laddove si fosse opposto al loro trattamento;
- di esercitare il suo diritto alla portabilità dei dati, ossia di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico una copia dei dati personali forniti e che lo riguardano, o di richiederne la trasmissione ad un altro Titolare, laddove tecnicamente fattibile;
- di opporsi al trattamento dei suoi dati personali.

In caso di lesione dei propri diritti in materia di riservatezza e tutela dei dati personali è in ogni caso possibile per l'interessato proporre reclamo all'Autorità Garante dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio n.121, 00186 Roma.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679)

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro

Io sottoscritto (nome e cognome del richiedente)

nato/a a il / / codice fiscale
residente a (Comune, Prov)
via

Io sottoscritto in qualità di Tutore Amministratore di sostegno
 Esercente la responsabilità genitoriale Altro

Persona che può firmare per impedimento temporaneo della richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela) _____

(nome e cognome)

nato/a a il / / codice fiscale
residente a (Comune, Prov)
via

Ricevuta l'informativa di cui agli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi al Titolare del trattamento o al Responsabile per la protezione dei dati personali dell'Azienda.

Dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e manifesto liberamente e consapevolmente la mia volontà al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CONFERITI PER LA DOMANDA DI CONTRIBUTO AI CITTADINI SOTTOPOSTI A TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA (DGR 761/21)

PRESTO IL CONSENSO NON PRESTO IL CONSENSO

2) CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DEI DATI PERSONALI ALLA BANCA DELLA PARRUCCA

PRESTO IL CONSENSO NON PRESTO IL CONSENSO

Tivoli,/...../.....

Firma estesa e leggibile

Domanda di contributo bando anno 2025 - “Contributi ai cittadini sottoposti a terapia oncologica per l’acquisto della parrucca” (DGR 761/2021).

 AL DISTRETTO SANITARIO
MONTEROTONDO

Il/la richiedente (o assistito per il quale si avanza richiesta)

 Sig./ra _____
 Nato/a a _____ prov. _____ il _____
 Residente in via _____ n° _____
 Città _____ cap. _____ Provincia _____
 Codice Fiscale _____
 Recapiti telefonici (fisso-mobile) _____
 Indirizzo email _____

Medico di Medicina Generale

 Nome _____ Cognome _____
 Recapito _____

Specialista del SSN

 Nome _____ Cognome _____
 Recapito _____

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art. 4, D.P.R. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

 Sig./ra _____
 Nata a _____ pr. _____ il _____
 Residente in via _____ n° _____
 Città _____ cap. _____ Provincia _____
 Recapiti telefonici (cellulare/fisso/altro) _____
 Codice Fiscale _____
 In qualità di:

- Rappresentante legale della richiedente:
 - Tutore _____
 - Procuratore _____
 - Altro _____
- Persona che può firmare per impedimento temporaneo della richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentela) _____

Per conto della richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°761/2021 ed a tal fine allega:



- Fotocopia tessera sanitaria;
- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore ISEE con valore non superiore a € 50.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi.;
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessata.
- Autocertificazione di residenza nella Regione Lazio;

Il richiedente/rappresentante legale/persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi art. 76 DPR 445/2000 e smi,

DICHIARA

(Indicare la condizione presente)

- di avere ISEE non superiore a € 50.000,00 (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 50.000,00);
- di essere sottoposto a terapia oncologica (allegata relativa certificazione medica)
- di aver acquistato una parrucca (allegata fattura/ricevuta/scontrino fiscale)

Il richiedente chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta):

- Versamento sul proprio conto corrente bancario _____
- Versamento sul proprio conto corrente postale _____

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

IBAN _____

Data _____

L'OPERATORE

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

FIRMA

(FIRMA LEGGIBILE)