

**Al Presidente della Sezione farmaci – malattie rare**

**Ex Commissione Aziendale DGRT 1481/2023**

[direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)

Il/La sottoscritto/a\* \_\_\_\_\_ CF\* \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a\* \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo del domicilio\* \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telefono \* \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Indirizzo E-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**     ☐ per sé                                     ☐ per conto di:

Sig/ra\* \_\_\_\_\_ CF\* \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a\* \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo del domicilio\* \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telefono \* \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_

In qualità di: ☐ Genitore

☐ Tutore

☐ ADS

**L'EROGAZIONE dei benefici previsti dalla Delibera di G.R.T. n° 1481 /2023**

☐ **PRIMA ISTANZA**

☐ **RINNOVO**

☐ **VARIAZIONE/ INTEGRAZIONE**

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, che i dati acquisiti con la presente istanza vengono trattati in maniera lecita, corretta e trasparente esclusivamente per le funzioni connesse all'erogazione della misura economica richiesta. Titolare del trattamento è ASL Toscana Nord Ovest con sede legale Via Cocchi, 7/9 - 56121 Pisa ([direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it)).

La liceità del trattamento si fonda sugli artt. 6 comma 1 lettere b),c),e) e 9 lettera h) del Regolamento UE 2016/679, il conferimento del consenso al trattamento dei dati non è obbligatorio ma in difetto non sarà possibile dare corso al procedimento.

I dati personali saranno trattati dal personale autorizzato anche con supporti informatici e non saranno comunicati a terzi se non per ottemperare ad eventuali richieste degli organi giudiziari e di controllo e non saranno oggetto di diffusione.

I dati saranno conservati per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, in conformità al Massimario di Scarto dei documenti d'archivio, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o di regolamento in ragione della natura del dato o del documento.

Ai soggetti interessati è riconosciuto in ogni momento il diritto di ottenere l'accesso ai dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti e, nei casi stabiliti dalla legge o regolamento, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento, indirizzando apposita istanza al Responsabile della Protezione dei Dati Personali (c.d. RPD o DPO), tramite email: [rpdp@uslnordovest.toscana.it](mailto:rpdp@uslnordovest.toscana.it) – I soggetti interessati possono inoltre proporre reclamo al Garante, Piazza Venezia n. 11- 00187 Roma (Centralino telefonico: (+39) 06.696771, Fax: (+39) 06.69677.3785, Posta elettronica: [protocollo@gpdp.it](mailto:protocollo@gpdp.it)). Si rimanda altresì alle informazioni Aziendali disponibili al seguente indirizzo web <https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>.

\_\_\_\_\_ luogo e data

\_\_\_\_\_ firma leggibile\*

Allegati:

- Piano terapeutico redatto da specialista pubblico
- Relazione sanitaria redatta dallo specialista pubblico che evidenzia la necessità e l'efficacia del ricorso a tale trattamento

**\* campo obbligatorio da compilare in stampatello leggibile**