

## RICHIESTA PRESTAZIONI EXTRA-LEA METODO ABA

DGRT 575/2024 e s.m.i. (ex - 493/2001)

Al Presidente della Commissione Aziendale Extra-Lea

Sezione metodo ABA

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

Il/I sottoscritto/i:

**1° Genitore (padre/madre):** Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ E-mail/pec: \_\_\_\_\_

**2° Genitore (padre/madre):** Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ E-mail/pec: \_\_\_\_\_

**Amministratore di sostegno:** Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ E-mail/pec: \_\_\_\_\_

### RICHIEDONO L'EROGAZIONE DEI BENEFICI PREVISTI DALLA DELIBERA D.G.R.T. N 575/2024 E S.M.I.

per il proprio figlio/a assistito

Cognome e Nome\* \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ Cod. fis.\* \_\_\_\_\_ residente\* a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

☐ PRIMA RICHIESTA

☐ RINNOVO

☐ VARIAZIONE/ INTEGRAZIONE

Il trattamento Metodo ABA viene eseguito dalla struttura/operatore sotto indicata/o:

**Struttura/Operatore:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo\*:** Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**E-mail/pec\*:** \_\_\_\_\_

Si allega:

1. Relazione Sanitaria del SSN (UFSMIA/UFSMA/Centro di III Livello), dalla quale risulti la diagnosi di disturbo dello spettro autistico e la valutazione di merito relativa al miglioramento clinico o alla stabilizzazione del quadro clinico.
2. Dichiarazione della struttura/operatore dalla quale risultino le modalità e la presa in carico attuale del paziente.

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 e-mail: [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.

Data \_\_\_\_\_

Firma 1° genitore \_\_\_\_\_

Firma 2° genitore \_\_\_\_\_

Firma ADS \_\_\_\_\_

E' richiesto l'invio per posta elettronica. Analogamente le risposte perverranno all'utente con il medesimo mezzo. Si invita pertanto ad un controllo sistematico della mail personale.

Solo eccezionalmente, se non in possesso di posta elettronica, l'istanza in formato cartaceo dovrà essere consegnata a mano o inviata per posta al protocollo dell'Asl Toscana Nord Ovest.

## **RICHIESTA PRESTAZIONI EXTRA-LEA METODO ABA**

DGRT 575/2024 e s.m.i. (ex - 493/2001)

\* campo obbligatorio da compilare in stampatello leggibile.

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: PISTOLESI MAIDA

DATA FIRMA: 24/03/2025 16:40:18

IMPRONTA: 65356638623463656536343938356265326334393736323337316639386434373330663131353364