|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\CStellini\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\IXTASWVV\ATS_Milano.jpg |  | Class. 1.7.02 |

Spett.le Coordinamento URP

Via Conca del Naviglio, 45 - 20123 Milano

e-mail: [coordinamentourp@ats-milano.it](mailto:coordinamentourp@ats-milano.it)**(\*)**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_età\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Tel./Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scolarizzazione: 1- nessuna  2-elementare  3-media inferiore

 4-media superiore  5-universitaria  6-post universitaria

Oggetto:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) In caso di inoltro al seguente indirizzo e-mail: coordinamentourp@ats-milano.it, si prega di allegare anche copia di documento di identità.

Informazioni al cittadino sulla procedura del reclamo:

1. La Sua segnalazione verrà protocollata, si assegnerà cioè un numero e una data di arrivo per poterla identificare.
2. L’URP o la struttura aziendale competente per l’istruttoria la trasmetterà, previo suo consenso, al soggetto coinvolto (medico o pediatra di famiglia, struttura accreditata, azienda ospedaliera, ecc..) per acquisire riscontro a quanto segnalato.

**Il mancato consenso comporta l’impossibilità di dare seguito alla segnalazione.**

 ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del Cittadino**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER IL CITTADINO**

**Art. 9 Regolamento Ue 2016/679**

**Artt. 2 sexies e septies e 81 D. L.gs. n. 196/03 s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a……………………………………………………….…………………………………….……………………

nato/a a ………………………………………………………………… il …………………………….……..............................

residente a ………………………………………….….….. Via/ Piazza ………………………………………………………...

* acquisite le informazioni di cui all’ art. 13 del Regolamento Ue 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà le categorie particolari di dati, come definiti dall’art. 9 del citato Regolamento, quali i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all’orientamento sessuale, i dati genetici e biometrici,

**ACCONSENTO**   **NON ACCONSENTO**

**al trattamento delle categorie particolari di dati personali per le finalità istituzionali di tutela della salute e della relativa gestione amministrativa-contabile e fiscale;**

* informato che, prestando il consenso, ATS Milano metterà a disposizione del mio Fascicolo Sanitario Elettronico, i dati relativi alla salute inerenti alle prestazioni sanitarie e socio sanitarie che ricevo e che la comunicazione al mio medico di base dell’evento sanitario e socio sanitario che mi riguarda, sia l’utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio Fascicolo Sanitario Elettronico, potranno avere luogo solamente qualora io abbia già espresso il relativo specifico consenso, come precisato nel documento “Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS che la Regione Lombardia ha fornito e pubblicato sul proprio sito web,

 **ACCONSENTO  NON ACCONSENTO**

**all’inserimento dei dati relativi alla salute in FSE.**

Data……………………………………. Firma…………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL CITTADINO IN CASO DI IMPEDIMENTO**

**Art. 9 Regolamento Ue 2016/679**

**Artt. 2 sexies e septies e 82 del D.Lgs. 196/2003 s.m.i.**

Considerato che l’interessato/a Sig./Sig.a …………………………………………………………..………………………………………

nato/a a ………….…………………………………………………………… il…………………………........................................................

residente a ………………………………………….….….. Via/ Piazza………………….…………………..……..

**non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico-fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere,**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………………………………………………...

nato/a a ………….…………………………………………………………… il ………………...........................................................................

residente a ………………………………………….….….. Via/ Piazza… ……………………….………..……………………………………….

**in qualità di: ** Amministratore di sostegno  Tutore/Curatore  Rappresentante Legale

* acquisite le informazioni di cui all’ art. 13 del Regolamento Ue 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà le categorie particolari di dati, come definiti dall’art. 9 del citato Regolamento, quali i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all’orientamento sessuale, i dati genetici e biometrici,

 **ACCONSENTO ** **NON ACCONSENTO**

**al trattamento delle categorie particolari di dati personali dell'interessato per le finalità istituzionali di tutela della salute e della relativa gestione amministrativa-contabile e fiscale, con l’impegno, non appena e qualora l’interessato sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo;**

* informato che, prestando il consenso, ATS della città metropolitana di Milano metterà a disposizione del Fascicolo Sanitario Elettronico, i dati relativi alla salute inerenti alle prestazioni sanitarie e socio sanitarie fornite e che la comunicazione al medico di base dell’evento sanitario e socio sanitario, sia l’utilizzo dei dati sanitari, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico, potranno avere luogo solamente qualora sia stato già espresso il relativo specifico consenso, come precisato nel documento “Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS che la Regione Lombardia ha fornito e pubblicato sul proprio sito web,

 **ACCONSENTO ** **NON ACCONSENTO**

**all’inserimento dei dati relativi alla salute in FSE;**

Data……………………… Firma………………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL MINORE**

**Art. 9 Regolamento Ue 2016/679**

**Artt. 2 sexies e septies e 81 D. L.gs. n. 196/03 s.m.i.**

Il/la sottoscritta ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

nato a …………………………………………………………………………………..(………..) il ...………………………………………………….

residente a ………………………………………………… in via ………...………………………………………………………………. .n………

in qualità di (barrare una delle caselle sotto elencate):

 **genitore** munito della potestà

 congiunta con il coniuge che è informato in merito alla necessità del presente consenso;

 in via esclusiva;

 **tutore** (indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela

(…………………..………………………………………………………………………..………………...…………) del minore…………………………………………………………………...

nato a …….……………………………….…….. il…………………. residente a …………………………………… in Via………………..…………..……....……………….n……………

* acquisite le informazioni di cui all’ art. 13 del Regolamento Ue 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà le categorie particolari di dati, come definiti dall’art. 9 del citato Regolamento, quali i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all’orientamento sessuale, i dati genetici e biometrici,

 **ACCONSENTO**   **NON ACCONSENTO**

**al trattamento delle categorie particolari di dati personali per le finalità istituzionali di tutela della salute e della relativa gestione amministrativa-contabile e fiscale;**

* informato che, prestando il consenso, ATS della Città metropolitana di Milano metterà a disposizione del Fascicolo Sanitario Elettronico del minore, i dati relativi alla salute inerenti alle prestazioni sanitarie e socio sanitarie ricevute e che la comunicazione al medico di base dell’evento sanitario e socio sanitario che riguarda il minore, sia l’utilizzo dei dati sanitari, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico, potranno avere luogo solamente qualora si già stato espresso il relativo specifico consenso, come precisato nel documento “Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS che la Regione Lombardia ha fornito e pubblicato sul proprio sito web,

 **ACCONSENTO**   **NON ACCONSENTO**

**all’inserimento dei dati relativi alla salute in FSE**

Data ……………………………….. Firma ……………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  Art. 7 c. 3 del Regolamento Ue 2016/679  Il/La sottoscritto/a .....**............................................................................................**nato/a a: **……………………………………………..**  il **……………………**residente a: **………………………………** Via/P.zza **……………………………………………………………………..**  **REVOCA IL CONSENSO**  a suo tempo prestato per il trattamento dei dati personali e del suo inserimento in FSE.  **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER IL CITTADINO** ( **Art. 9 Regolamento Ue 2016/679**  **Artt. 2 sexies e septies e 81 D. L.gs. n. 196/03 s.m.i.**  **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL CITTADINO IN CASO DI IMPEDIMENTO**  **Art. 9 Regolamento Ue 2016/679**  **Artt. 2 sexies e septies e 82 del D.Lgs. 196/2003 s.m.i.**  **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL MINORE**  **Art. 9 Regolamento Ue 2016/679**  **Artt. 2 sexies e septies e 81 D. L.gs. n. 196/03 s.m.i.**    Data ……………………………………………. Firma …………………………………………………… |