

AVVISO PUBBLICO

Domanda di contributo **terzo bando anno 2023** "Contributi ai cittadini sottoposti a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca e istituzione della Banca della parrucca" (DGR 493/2020 art. 7, commi 77-81 della Legge Regionale 28/2019, come modificato dall'art. 19 della L. Regionale n. 14/2021)".

La Regione Lazio persegue la tutela della salute e del benessere delle persone, con particolare riferimento alle situazioni che possono incidere negativamente sul loro equilibrio fisico e psichico.

In attuazione dell'art. 7, commi 77 – 81 della legge regionale n. 28/2019 è prevista l'erogazione di un contributo destinato alle persone sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto di una parrucca.

Per l'erogazione del contributo in questione si potranno presentare le domande durante il corso dell'anno solare; Il terzo bando prevede la scadenza al **scadenza 31 Ottobre 2023** per la presentazione delle istanze.

I destinatari del presente avviso sono tutte le persone residenti nel Lazio affette da alopecia conseguente a terapia oncologica.

Possono presentare domanda di contributo anche coloro che abbiano, con i destinatari del contributo, rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado, o di convivenza.

La domanda di contributo va presentata al proprio Distretto Sanitario di appartenenza corredata dalla documentazione sottoelencata:

- dichiarazione, ai sensi dell'articolo 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;
- In caso di richiesta di accredito in c/c si chiede copia dell'attestazione bancaria riportante l'IBAN;
- 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'interessato.

DOVE PRESENTARE LA DOMANDA:

Distretto Sanitario di Colleferro – G6 - Ufficio PUA piano terra, palazzina rosa, stanza n° RT5, nel seguente orario:



Dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:00

Giovedì, anche in orario pomeridiano, dalle ore 14:30 alle ore 16:00

Per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (Allegato 3 al DPCM 159/2013), sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente - Le risposte alle domande più frequenti".

Le istanze verranno valutate dalla UVMD distrettuale e, a conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, verranno inviate alla Direzione Generale Aziendale che trasmetterà gli esiti (elenco puntuale delle persone aventi diritto al contributo corredato della data di protocollazione dell'istanza e dell'importo della spesa sostenuta da ciascun richiedente) nei tempi previsti alla Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale per la presa d'atto dei dati e l'assegnazione dei finanziamenti finalizzati all'erogazione dei contributi alle ASL per la liquidazione agli aventi diritto.

I suindicati dati andranno acquisiti nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

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

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.

L'utente, per l'importo di spesa che resta a suo carico eccedente il contributo regionale erogato, potrà usufruire delle agevolazioni fiscali previste dal DPR 917/1986, nel rispetto di quanto disposto DGR n. 568 del 9 ottobre 2018 "Detraibilità ai fini fiscali delle protesi tricologiche ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c), del TIUR. Indirizzi applicativi".

I dati personali di cui l'Amministrazione Regionale verrà in possesso in ragione della concessione dei contributi previsti dal presente atto confluiranno in un archivio, di cui è titolare la Regione Lazio – Giunta Regionale, che si riserva di raccogliere, trattare, comunicare e diffondere in forma aggregata i dati forniti, nei limiti e secondo le disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché, dal Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR).

La ASL Roma 5 potrà trasmettere, previo consenso degli interessati, i nominativi degli aventi diritto al contributo, alla Banca della Parrucca, al fine di rendere possibile, al termine dell'utilizzo della parrucca acquistata, l'eventuale donazione della stessa.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

Per quanto non espressamente indicato nel presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

Il Direttore
del Distretto Sanitario di Colferro
Dr.ssa Uliana Branchi



Domanda di contributo terzo bando anno 2023 - "Contributi per l'acquisto della parrucca in favore di persone sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca e istituzione della Banca della parrucca" (DGR 493/2020 – art. 7, commi 77-81 della Legge Regionale . 28/2019, come modificato dall'art. 19 della L. regionale n. 14/2021)

AL DISTRETTO SANITARIO DI COLLEFERRO
UFFICIO PUA
ASL ROMA 5

Il richiedente (o assistita/o per la/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 del/della richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°493/2020 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 _____

In caso di richiesta di accredito in c/c si chiede copia dell'attestazione bancaria riportante l'IBAN;

Data _____

L'OPERATORE DEL PUA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

FIRMA

(FIRMA LEGGIBILE)



INFORMATIVA PER L'UTENTE AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI PER LA DOMANDA DI CONTRIBUTO ALLE PERSONE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA E ISTITUZIONE DELLA BANCA DELLA PARRUCCA (DGR 493/20 s.m.i.)

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 493/2020.

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 garantire 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 venire 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. 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 un'adeguata 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 Montecitorio 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 ALLE DONNE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA PER
L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA E ISTITUZIONE DELLA BANCA DELLA PARRUCCA (DGR
493/20)

☐ 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