

# MODULO **B**

## DOMANDA PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA

Il sottoscritto/a ..... nato/a il.....  
a..... residente a .....  
via ..... n° ..... cap.....  
telefono ..... cell. ....  
indirizzo e-mail ..... C.F. ....

### CHIEDE

di fruire dell'assistenza a favore dei pazienti anticoagulati, resa dalla "A.I.P.A. BOLOGNA - ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI ANTICOAGULATI A.P.S.", con sede in Bologna, c/o Policlinico S.Orsola-Malpighi, via Albertoni n.15, Padiglione 2 C.F. 92038440373. La presente richiesta, debitamente sottoscritta e che deve restare depositata agli atti dell'A.I.P.A. BOLOGNA ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI ANTICOAGULATI A.P.S., ove accolta darà diritto, previo pagamento del relativo contributo, a ricevere l'invio delle prescrizioni terapeutiche tramite farmacie, fax, e-mail pec.

La presente domanda ha validità fino al 31 dicembre dell'anno in cui viene presentata, si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, ma si considera perfezionata, per ciascun anno, ai fini dell'acquisizione del diritto dell'Assistito a fruire delle prestazioni su indicate, contestualmente al pagamento dell'eventuale contributo annuale, nella misura stabilita dal Consiglio Direttivo; detto pagamento produce effetti a valere per l'anno solare in cui viene eseguito.

**Il sottoscritto si impegna a comunicare immediatamente all'Associazione ogni variazione relativa alla propria Persona, tra cui i recapiti fax, e-mail pec, precedentemente forniti, con ciò sollevando l'Associazione da ogni responsabilità derivante da errori, ritardi od omissioni.**

In fede. \_\_\_\_\_ Il richiedente

Luogo \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indicare da quale ospedale si é seguiti →

(es. S.Orsola Card. o Ang., Bellaria, Bentivoglio, Ospedale Maggiore ecc)

### INVIO TERAPIA TRAMITE

Farmacia ..... N°..... (riservato ad Aipa)  
(indicare il nome)

Comune..... Via..... tel.....

Abitazione.....

Altro.....

FAX.....

“oppure”

Indirizzo e-mail pec non governativa.....

Nella seguente informativa, resa ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR e del D.Lgs n. 196/2003, così come aggiornato dal D.Lgs n. 101/2018, secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza, vengono descritte le operazioni effettuate sui dati personali e particolari dei Beneficiari delle attività socioassistenziali erogate dall'Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati e dei soggetti a questi collegati (famigliari, collaboratori domestici etc.).

**Titolare e finalità di trattamento**

Il Titolare del trattamento è: **A.I.P.A. Bologna Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati A.P.S.**, nella figura del proprio Legale Rappresentante e Presidente pro tempore Prof. Gualtiero Palareti, via Albertoni n. 15 – c/o Policlinico S. Orsola – Malpighi di Bologna, Codice Fiscale 92038440373, e-mail [privacyaipa@gmail.com](mailto:privacyaipa@gmail.com). Il Titolare tratterà i dati personali per le seguenti finalità:

• **Fruizione delle attività assistenziali erogate da A.I.P.A. Bologna A.P.S.**

L'Associazione tratterà i dati personali (anagrafica dell'Assistito) e particolari (inerenti allo stato di salute dell'Interessato – prescrizioni terapeutiche) dell'interessato per consentire allo stesso la possibilità di usufruire dell'assistenza sociosanitaria e delle attività assistenziali, in osservanza degli obblighi statutari e delle finalità istituzionali, di A.I.P.A. Bologna A.P.S., per la partecipazione a corsi informativi e/o formativi e per garantire all'interessato la gestione e l'erogazione dei servizi assistenziali richiesti. Per tale finalità, i dati personali potranno essere trattati per adempiere ad obblighi di legge a cui soggiace il Titolare. La base giuridica per il trattamento dei dati personali dell'interessato è l'esecuzione dei servizi assistenziali in favore dell'interessato, stabiliti dallo statuto dell'Associazione. Il conferimento dei dati per tale finalità è facoltativo. Tuttavia, il rifiuto, mancato, parziale e/o inesatto conferimento dei dati personali e particolari comporterà l'impossibilità per A.I.P.A. Bologna A.P.S. di fornire quanto richiesto dall'interessato e beneficiare dei servizi assistenziali. I dati verranno trattati fino al raggiungimento della menzionata finalità e per almeno 10 anni dal momento della raccolta. I dati personali potrebbero essere conservati per un periodo superiore in caso di richiesta dell'Interessato o per particolari esigenze specifiche di quest'ultimo.

• **Trattamento e comunicazione delle prescrizioni terapeutiche**

A.I.P.A. Bologna A.P.S. tratterà i dati personali (indirizzo mail / PEC) e particolari (prescrizioni terapeutiche) del Beneficiario dei servizi dell'Associazione al fine di comunicare la prescrizione della terapia via PEC direttamente all'Interessato ovvero via FAX e/o PEC a Farmacie e all'Assistito stesso e di conservarle e utilizzarle per il tempo necessario agli scopi perseguiti da A.I.P.A. Bologna A.P.S.

La base giuridica che legittima la comunicazione di dati particolari dell'interessato è il consenso liberamente prestato da quest'ultimo, prestato in calce alla presente informativa. I dati sanitari trattati sono stati raccolti presso gli Organismi sanitari a cui è stato prestato eventuale consenso. Le prescrizioni terapeutiche verranno conservate per il tempo necessario all'invio tramite PEC e/o Fax e comunque non oltre un mese dal momento in cui A.I.P.A. Bologna A.P.S. ne venga in contatto. I dati sanitari dell'interessato non saranno in alcun caso ceduti a terzi e/o diffusi. Il conferimento del consenso per tale finalità è facoltativo. Tuttavia, la mancata prestazione del consenso e/o il rifiuto al conferimento dei dati personali e particolari comporterà l'impossibilità per A.I.P.A. Bologna A.P.S. di fornire quanto richiesto dall'interessato e perciò di procedere all'invio della prescrizione terapeutica all'Interessato nelle modalità previste.

• **Invio di materiale informativo e partecipativo**

Il Titolare tratterà i dati personali degli Assistiti dell'Associazione per l'invio di materiale, cartaceo e/o digitale, informativo, inerente ai progetti sociali e assistenziali dell'Associazione, agli incontri informativi e formativi Medico-Paziente, ed al fine di rimanere in contatto con l'interessato-beneficiario attraverso i canali comunicativi dell'Associazione. La base giuridica che legittima il presente trattamento è il legittimo interesse di A.I.P.A. Bologna A.P.S. a mantenere informato l'interessato-assistito sulle attività, progetti, corsi e su quant'altro utile ad assistere l'interessato nel proprio percorso di cure. I dati, in relazione alle finalità per cui sono trattati, verranno conservati per il tempo necessario e comunque non oltre l'opposizione al trattamento da parte dell'Interessato.

**Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo: **A.I.P.A. Bologna - Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati A.P.S.**, Via Paolo Fabbri, 1/3 – 40138 Bologna, e-mail: [dpoaipabologna@gmail.com](mailto:dpoaipabologna@gmail.com)

**Categorie di soggetti a cui i dati possono essere comunicati (Destinatari)**

I soggetti a cui A.I.P.A. Bologna A.P.S. può comunicare i dati agiscono in qualità di Responsabili del trattamento dei dati personali designati dal Titolare tramite apposito contratto o in qualità di autonomi titolari del trattamento di dati personali. I dati personali e particolari raccolti dal Titolare non verranno diffusi, trasferiti e/o ceduti a terzi, a Paesi terzi ovvero ad Organizzazioni internazionali. I dati potranno essere comunicati, al solo scopo di perseguire le già menzionate finalità di trattamento, alle seguenti categorie di Destinatari: Società e/o Professionisti esterni per adempiere a specifici obblighi imposti al Titolare dalla normativa vigente e ai Soggetti c.d. collegati all'Assistito-Interessato indicati da quest'ultimo.

**Fonte dei dati personali dei Soggetti Collegati**

In caso di trattamento di dati personali di Soggetti Collegati all'interessato, la fonte da cui hanno origine i dati è l'Interessato-Assistito che si iscrive al Servizio assistenziale fornito da A.I.P.A. Bologna A.P.S.

I dati personali (nome, cognome, telefono e/o e-mail) dei Soggetti Collegati all'Interessato verranno trattati per finalità informative e per fornire un servizio assistenziale dedicato alle esigenze specifiche dell'Assistito (legittimo interesse del Titolare) per il tempo necessario al raggiungimento delle menzionate finalità.

**Luogo e Modalità di trattamento dei dati**

I dati raccolti saranno trattati e conservati, tramite modalità cartacee e/o digitali, presso la sede legale del Titolare e unicamente da personale autorizzato del trattamento, preventivamente istruito, per il tempo necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti e non oltre l'indicato periodo di conservazione. Specifiche misure tecniche di sicurezza sono osservate dal Titolare per prevenire la perdita, diffusione, l'uso illecito o non corretto ovvero l'accesso non autorizzato dei dati.

**Diritti degli Interessati**

Ai sensi di quanto previsto dagli artt. 15-22 Regolamento UE 2016/679 i soggetti a cui si riferiscono i dati personali hanno il diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione. Gli interessati hanno altresì il diritto di chiedere, nei casi previsti, la cancellazione, la limitazione del trattamento, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

L'interessato ha infine il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 141 D.Lgs n. 196 del 2003 e art. 77 Reg. UE 2016/679.

Per l'esercizio dei propri diritti, l'interessato potrà rivolgersi all'indirizzo mail [privacyaipa@gmail.com](mailto:privacyaipa@gmail.com)

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 7 Reg. (UE) 2016/679, dichiara di aver preso visione della su estesa informativa ed in relazione a:

- trattamento di dati particolari (prescrizioni terapeutiche) per finalità di comunicazione tramite PEC e/o Fax a soggetti indicati dall'Interessato

Presto il consenso:  Nego il consenso: Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_