Al Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Igiene degli Ambienti di Vita
via Carmelo Onorato n. 6 – PALERMO

Oggetto: Richiesta per presa atto relativa a lievi variazioni strutturali dei locali della struttura sanitaria gestita dalla società *(ragione sociale)*:
_____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ via / piazza _____

tel. _____ codice fiscale _____

nella qualità di legale rappresentante della ❒società ❒associazione ❒ditta individuale denominata:

"_____ ",

codice fiscale n. _____ , partita IVA n. _____ ,

tel. della struttura _____

che gestisce il presidio _____

autorizzato con provvedimento n. _____ del _____,

CHIEDE

alla S.V. di prendere atto delle lievi variazioni strutturali dei locali del presidio _____

siti in _____ prov. ____

via _____, finalizzate ad una migliore fruibilità della struttura.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del DPR 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. n. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii

DICHIARA

1) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____

2) di essere residente a _____ prov. _____ via / piazza

_____ n. ___ ,

3) di essere legale rappresentante della ❒ società ❒ associazione ❒ ditta individuale denominata:

" _____ " con sede legale in

_____ via _____ n. _____,

iscritta nella Sezione Ordinaria della C.C.I.A.A. di _____ con il seguente C.F. e numero di

iscrizione _____ a decorrere dal _____ ,

a carico della quale non risulta negli ultimi cinque anni dichiarazione di fallimento, liquidazione amministrativa coatta, amministrazione controllata;

4) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159 del 06.09.2011 *(Codice Antimafia)*;

5) che la direzione responsabile del presidio resta affidata al Dott. _____

nato a _____ il _____ medico chirurgo, specialista in _____;

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2026

6) che, ad eccezione della variazione oggetto della presente istanza, non è stata apportata alcuna altra variazione

- ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali elencati all'allegato ❒A2 ❒A3 ❒A4 ❒A5 ❒A6 ❒A7 del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 ed
- ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici, per la tipologia dì struttura in esame, definiti nell'Allegato 1, parte 2 e/o parte 4 e/o parte 6 al D.A. n. 890 del 17.06.2002 e s.m.i.,

rispetto alla autorizzazione sanitaria precedentemente rilasciata prot. n. _____ del _____.

7) (*solo in caso di associazioni*):

❒ che l'Associazione non è iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);

❒ che l'Associazione è ad oggi iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);

con decorrenza dal _____ ;

Luogo e Data _____ _____

(firma per esteso)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data _____ _____

(firma per esteso)

Ogni eventuale comunicazione riguardante la presente istanza potrà essere inoltrata al seguente indirizzo:

_____ N. telefonico _____

eMail _____ PEC _____

Si allegano alla presente i seguenti documenti (*barrare la casella che interessa*):

N.B. tutta la documentazione allegata <u>dovrà essere prodotta in duplice copia</u> utilizzando i modelli in uso secondo la normativa vigente.

	4	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di insussistenza delle cause ostative di cui al comma 3 dell'articolo 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità **n. 741** del 04 luglio 2023 **(Modello ALL. 1)** da compilare a cura del legale rappresentante, direttore tecnico, soci, etc.;
	5	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, a cura del legale rappresentante, sul numero di unità di personale e di professionisti che operano nella struttura **(Modello ALL. 2)**;
	8	dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in materia di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001, ed art. 20 del Piano Triennale Prevenzione Anticorruzione 2015/2017) **(Modello ALL. 5)**.
	9	dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, a cura dei soggetti esterni all'Azienda, attestante l'insussistenza di rapporti di parentela o affinità o di situazioni di convivenza o di frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo (legge 190/2012, art. 1 comma 9 lettera e) **(Modello ALL. 6)**.
	10	planimetria **in originale**, in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato con indicazione della destinazione d'uso, altezza e rapporto aeroilluminante dei singoli vani, con tracciato idropotabile e di accumulo segnato in blu, con sistema di smaltimento dei liquami segnato in rosso;
	11	relazione tecnica, a firma di tecnico abilitato, descrittiva della struttura sanitaria e degli impianti tecnologici (modalità di smaltimento dei liquami, di approvvigionamento idropotabile con descrizione del sistema di accumulo, climatizzazione, riscaldamento, gas etc.) e asseverazione circa il rispetto delle norme relative all'abbattimento delle barriere architettoniche (Decr. Min. Lav. Pubbl. n. 236/89); in caso di modifiche di struttura sanitaria già autorizzata dovrà essere asseverato che le opere sono state realizzate nel rispetto della disciplina urbanistico-edilizia vigente;
	28	Attestazione pagamento diritti sanitari
	29	Altro: …….. …….

_____ lì _____ Firma

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2026

ALL. 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto ..... nato a

..... il ..... e residente in

..... Via / Piazza .....

.....

n. ....., telefono n. ..... ,

nella qualità di (**richiedente l'autorizzazione sanitaria**, o di subentrante nella titolarità dell'autorizzazione sanitaria e/o di soggetto individuato dal comma 3 dell'art. 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità n. 741 del 04 luglio 2023 es.: **direttore tecnico**, socio, etc.) Il legale rappresentante e il direttore tecnico/responsale sono sempre obbligati a produrre la dichiarazione. (Il dichiarante deve specificare la qualità in base alla quale rende la dichiarazione (vedasi art. 85 D.Lgs 159/2011 e successive modifiche e correzioni D.Lgs 218/2012): ❒ Legale rappresentante ❒ Direttore tecnico/responsale ❒ Socio ❒ Altro. .....

.....

della Ditta / Società / Associazione denominata .....
.....,

codice fiscale / partita IVA ..... con sede legale in .....

Via / Piazza ..... , n. ....., e

sede operativa in ..... Via / Piazza .....

.....,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del ....., sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

l'insussistenza delle cause ostative di cui all'art. 80 del D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, nei propri confronti, con riferimento alle fattispecie elencate alle lett. a), b), c), d), e), f) dell' art. 9 del D.A. n. 724 del 9 agosto 2022 come di seguito elencate:

❒ a. di non aver subito condanne con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno dei reati di cui al comma 1 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36.

La causa ostativa opera nei confronti:

i. del titolare o del direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale;

ii. di un socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo;

iii. dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice;

iv. dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi gli institori e i procuratori generali;

v. dei componenti degli organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo;

vi. del direttore tecnico o del socio unico;

vii. dell'amministratore di fatto nelle ipotesi di cui alle lettere precedenti La causa ostativa non opera quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima;.

La causa ostativa non opera quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima.

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2026

❒ b. che in qualità di ..... (es amministratori e/o dei legali rappresentanti, e/o direttore tecnico, etc.) non sussistono a mio carico le cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 o un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto;

❒ c. di non aver commesso gravi violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, come definite dal comma 6 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36;

❒ d. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di concordato con continuità aziendale, e che nei confronti del soggetto non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;

❒ e. di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità;

❒ f. di non essere destinatario di sanzione interdittiva di cui, all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o di altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

❒ Oppure di trovarsi nelle seguenti condizioni _____

_____

_____

Data _____ Firma _____

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data _____ Firma _____

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' PERSONALE IN CORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE.

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2026

ALL. 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ via / piazza _____

tel. _____ codice fiscale _____

nella qualità di legale rappresentante della ❒società ❒associazione ❒ditta individuale denominata:

"_____ ",

codice fiscale n. _____ , partita IVA n. _____ ,

con sede legale nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____,

e sede operativa della struttura di _____

sita nel Comune di _____

via / piazza _____ n. _____, piano _____,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del _____.,
sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

- che i locali della struttura di . _____.

  sito in _____

  sono in possesso dei requisiti oggettivi e, cioè, dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e specifici per la concessione dell'autorizzazione sanitaria;

- che presso la struttura operano n. _____. unità di personale;

- che presso la struttura, ai sensi del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024, operano n. _____ professionisti (iscritti ad albo professionale);

Data _____ Firma _____

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data _____ Firma _____

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2026

ALL. 5

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO IN MATERIA DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... e residente in ..... Via/Piazza ..... n. ..., Prov. ...., nella qualità di Titolare/Legale Rappresentante dell'Impresa/Associazione denominata ....., codice fiscale ....., partita IVA ....., con sede legale in ....., Via/Piazza ..... n. ....., Prov. ..... e sede operativa in ..... , Via/Piazza ..... n. ....., Prov. ....., telefono n. ..... , fax n....., indirizzo di posta elettronica ..... a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'artt. 47 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii

DICHIARA

Con riferimento agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo, il cui rapporto di lavoro sia cessato a decorrere dal 28.11.2012, che abbiano esercitato nei confronti della suddetta Impresa/Associazione le seguenti attività:

- rilascio di pareri igienico-sanitari, di autorizzazioni, di concessioni;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
- controlli sulle strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie di qualunque tipologia (ad es.: ricoveri, visite ambulatoriali, prestazioni riabilitative ex art. 26, prestazioni di comunità terapeutiche assistite, prestazioni di comunità tossicodipendenti, etc..);
- ispezione/controllo/vigilanza a qualsiasi titolo espletata,

laddove il dipendente sia stato il responsabile del procedimento e/o responsabile unico del procedimento (RUP) e/o incaricato dei controlli/verifiche e/o dirigente della Unità Operativa competente per materia:

☐ di non avere concluso e di impegnarsi a non concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non avere attribuito e di impegnarsi a non attribuire incarichi per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro;

oppure

☐ di avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di avere attribuito incarichi agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo come di seguito indicato:

.....
.....
.....

(specificare nome e cognome dell'ex dipendente, data di nascita, tipologia contratto di lavoro/incarico, data di decorrenza e termine finale del contratto/incarico)

Luogo e data ..... *Il Titolare /Legale Rappresentante*
(firma per esteso)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e data ..... *Il Titolare /Legale Rappresentante*
(firma per esteso)

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2026

ALL. 6

ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829 -

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ
(ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000)

_ l _ sottoscritt_ _____ nat_ a _____

il _____ codice fiscale _____ residente a _____

via _____ in qualità di _____ della

_____
(indicare la denominazione e la ragione sociale dell'Ente o della Società)

□ beneficiario del provvedimento di autorizzazione/concessione avente ad oggetto

_____

□ soggetto esterno contraente relativamente al contratto avente ad oggetto

_____ ,

preso atto delle disposizioni in materia di dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e) L. 190/2012:

□ di non trovarsi in rapporto di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo;

□ di trovarsi in rapporto di _____(*specificare se parentela o affinità frequentazione abituale convivenza*)

con _____ dirigente dell'ASP Palermo e/o con _____

dipendente dell'ASP Palermo;

□ per quanto di diretta conoscenza[1], che gli amministratori, i soci, i dipendenti della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta non hanno rapporti di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo

□ per quanto di diretta conoscenza[2], che _____
(indicare nome cognome)

in qualità di _____
(specificare se amministratore/socio/dipendente)

della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta è in rapporto di _____
(*specificare se parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale)*

con _____ dirigente dell'ASP Palermo

e/o con _____ dipendente dell'ASP Palermo.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni modifica sopravvenuta alla presente dichiarazione in occasione di eventuali futuri rapporti con l'ASP Palermo

P a l e r m o , _____ In fede

_____

□ Sottoscrizione apposta al cospetto di _____
(firma del dipendente addetto a ricevere lo dichiarazione)

(oppure)

□ Alla presente dichiarazione si allega copia non autenticata di un proprio documento di identità

[1] l'art. 47 c. 2 DPR 445/2000 prevede che "la dichiarazione resa *nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza". Per "diretta conoscenza" si intendono fatti, stati e qualità relativi al soggetto terzo di cui si rende dichiarazione e di cui il dichiarante "abbia completa contezza" (v. Cons. di Stato. sez. IV, sent. n. 3862/2011)*

[2] *Vedi nota [1]*

Dott. Beat Production All rights reserved 03 - 2026

*Il seguente documento **INFORMATIVA PRIVACY** non va consegnato, ma deve essere custodito dall'istante.*

INFORMATIVA PRIVACY

ai sensi dell'art. **13 del Regolamento (UE) 2016/679**

Il 25 maggio 2018 trova piena applicazione il nuovo Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, che ha introdotto alcune novità in materia di privacy. Nell'ottica della massima trasparenza è stata aggiornata la presente informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo.

FINALITÀ' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali è necessario per erogare l'assistenza, i servizi e le prestazioni diagnostiche e terapeutiche nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Alcuni dati, in forma anonima, possono essere utilizzati per la ricerca scientifica e le statistiche epidemiologiche. Più in particolare le finalità del trattamento sono quelle di seguito elencate:

a. finalità legate alla cura
   a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsivoglia altro servizio erogato dall'Azienda, in caso di: 1) prestazioni specialistiche ambulatoriali; 2) ricovero ospedaliero; 3) ricovero residenziale, anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina;
   b) altre attività sanitarie e socio-sanitarie, diverse da quelle indicate al precedente punto e comunque connesse alla salute degli utenti;
   e) attività amministrative e di gestione operativa legate ai servizi forniti;
   d) attività correlate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili e protesi).
b. finalità legate alla ricerca scientifica e alla didattica
   a) indagini epidemiologiche e statistiche, per fini di ricerca scientifica e/o per valutazioni inerenti la qualità e appropriatezza delle prestazioni, utilizzando dati resi anonimi;
   b) attività didattiche e di formazione professionale dei medici, degli altri professionisti e degli studenti frequentanti i corsi di studio, nel rispetto del diritto all'anonimato del paziente, ovvero prive di dati identificativi.

Il trattamento dei dati personali è da considerarsi lecito in base agli articoli 6 e 9 del Regolamento Europeo.

MODALITÀ' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE

I dati saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata, del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto tutto il personale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici.

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento europeo.

I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

COMUNICAZIONE DEI DATI

La comunicazione dei dati è un requisito necessario per l'erogazione delle prestazioni.

Anche i minori che abbiano compiuto l'età di 16 anni possono comunicare i propri dati personali, ai sensi della vigente normativa.

Dott. Beat Production All rights reserved 01 - 2025

DESTINATARI DEL TRATTAMENTO

I dati personali e sensibili non possono essere diffusi, ma possono essere comunicati in tutti i casi previsti dalla legge, per le finalità segnalate, a soggetti istituzionali. I dati possono essere trasmessi, per le finalità sopra citate, anche a soggetti terzi in rapporto contrattuale con l'Azienda, i quali, in ogni caso, saranno nominati responsabili esterni del trattamento.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

I diritti dell'Interessato possono essere esercitati, rivolgendosi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) mediante una delle modalità sotto specificate (posta elettronica, telefono, posta ordinaria).
L'interessato può chiedere al RPD, in qualunque momento, attraverso le modalità sopra descritte:

1. l'accesso ai dati personali;
2. la rettifica, la cancellazione degli stessi;
3. la limitazione del trattamento;
4. la revoca del consenso, qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, par. 1, lettera a) del Regolamento europeo, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

Inoltre, ha il diritto di opporsi, in qualsiasi momento:

1. al trattamento dei dati (compresi i trattamenti automatizzati);
2. alla portabilità dei suoi dati.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, l'Interessato che ritenga che il trattamento dei dati sia svolto in violazione di quanto previsto dal Regolamento europeo 679/2016, ha il diritto di proporre reclamo all'autorità competente.
Nel caso di richiesta di portabilità del dato, il RPD fornirà - in un formato strutturato, di uso comune e leggibile, da dispositivo automatico - i dati personali richiesti secondo le modalità di legge.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) Palermo, nella persona del legale rappresentante *pro tempore*, domiciliato per la carica in Palermo, via Giacomo Cusmano 24.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), denominato anche Data Protection Officier (DPO), è il Dott. Giuseppe Buttafuoco, i cui dati di contatto sono di seguito indicati: indirizzo mail: rpd@asppalermo.org; recapito telefonico: 091 7032103; indirizzo: via Giacomo Cusmano 24 – 90141 - Palermo.

Palermo, 24 Maggio 2018 LA DIREZIONE AZIENDALE

Palermo, 24 Maggio 2018 LA DIREZIONE AZIENDALE

N.B. Qualora la presente istanza venga prodotta senza essere stata debitamente compilata in ogni sua parte e/o priva anche di uno degli allegati previsti, la pratica verrà archiviata d'ufficio.

Dott. Beat Production All rights reserved 01 - 2025