

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

U.O.C. TUTELA DELLA SALUTE MATERNO INFANTILE

**U.O.S. T.S.M.R.E.E.
RESPONSABILE DOTT. ATTILIO MOZZETTI**

INFORMATIVA

- VALUTAZIONE LOGOPEDICA
- RIEDUCAZIONE LOGOPEDICA
- RIEDUCAZIONE FISIOTERAPICA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ N° _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ N° _____

Genitore/affidatario/legale rappresentante del _____
Nato il _____

Informato/i sui seguenti punti:

- La prestazione erogata:
 - Valutazione e/o rieducazione Logopedica : è finalizzata al conseguimento di una valutazione e/o intervento per potenziare/ migliorare le abilità linguistico – comunicative e /o abilità cognitive e/o prassiche deglutitorie e/o della voce e della parola;
 - Riabilitazione fisioterapia: è finalizzata alla prevenzione, cura e riabilitazione della funzione motoria in seguito ad un danno o menomazione di origine congenita o acquisita; la fisioterapia concorre inoltre all'educazione ed alla promozione della salute attraverso corretti stili di vita.
- A tal fine potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito logopedico e/o fisioterapico.
- Lo strumento principale di intervento sarà la seduta riabilitativa di 30/45/60 minuti (in base alla prescrizione dello specialista), con frequenza bi-trisettimanale da valutare in relazione alla problematica presentata.
- La durata complessiva dell'intervento è definita dal numero di sedute prescritte: si concorderanno obiettivi e tempi che verranno condivisi.

- Le sedute potrebbero essere audio/videoregistrate (previa autorizzazione dei genitori/tutore/affidatario) a soli scopi professionali/didattici/scientifici, fermo restando l'obbligo del Professionista Sanitario Logopedista/ Fisioterapista al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza.
- E' indispensabile che durante il trattamento l'accompagnatore non si allontani dalla struttura, poiché potrebbe verificarsi la necessità di richiesta da parte del Professionista Sanitario di un intervento dell'accompagnatore nel corso della seduta; i genitori/accompagnatori sono pertanto pregati di attendere in sala l'arrivo degli operatori che accoglieranno i piccoli utenti nelle stanze di terapia.
- Si richiede di non frequentare gli ambulatori, qualora l'utente abbia in atto stati flogistici o febbrili tali da deporre per la malattia.
- Si richiede massima puntualità; laddove l'utente si presenti in ritardo non verrà garantita la terapia per l'intera durata della seduta di 60 minuti.
- Si richiede regolarità nella frequenza al trattamento e l'impegno di avvisare in tempi utili, in caso di assenza, il Servizio al numero 0746/279422.
- La ripresa delle terapie, per assenze per malattia superiori a 7 giorni, necessita di certificato medico.
- Dopo 3 sedute consecutive senza comunicazione né giustificazione, l'intervento sarà sospeso.
- Nel periodo estivo (giugno-settembre) sono consentite massimo 2 settimane di interruzione personale.
- L'orario della prestazione FKT viene assegnato direttamente dal Fisioterapista/ Logopedista.
- Qualora il paziente rifiutasse l'appuntamento o non si presentasse e/o sospendesse il trattamento dopo le prime tre sedute, dovrà riprenotarsi con nuova impegnativa.

Accetto/iamo di sottopormi/sottoporre la persona di cui sono il Legale rappresentante alla prestazione concordata con il/la

dott./dott.ssa _____

luogo e data _____

firma

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (____) il _____ (C.F. _____),

in qualità di:

- interessato; oppure, se impossibilitato alla firma,
- Esercente la responsabilità genitoriale,
- Amministratore di sostegno ,
- Tutore, Curatore
- Altro _____

del/della Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ (____) il _____ (C.F. _____).

Lette e comprese le informazioni ex artt. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE che mi vengono consegnate in
copia

Acconsento non acconsento ad un confronto riguardo il decorso della presa in carico con le altre figure
professionali coinvolte nel percorso di cura in ambito sanitario e /o in ambito sociale.

Luogo e Data

Firma

INFORMAZIONI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Documento informativo ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE)

Gentile Signore/a,

ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 e s.m.i., la ASL di Rieti con sede in Via del Terminillo 42, 02100 Rieti - Centralino 0746.2781 - PEC: asl.rieti@pec.it quale Titolare del trattamento desidera informarla che il trattamento dei dati personali anche appartenenti a categorie particolari sarà effettuato nel rispetto dei diritti dell'interessato e improntato a criteri di liceità, correttezza e trasparenza, al fine di garantirne la massima riservatezza e sicurezza.

I Suoi dati (e/o quelli della persona da Lei rappresentata) saranno trattati dalla nostra ASL esclusivamente per finalità di diagnosi, cura e prestazioni diagnostico/riabilitative, connesse alla patologia, nonché per i conseguenti scopi amministrativi e contabili secondo quanto previsto dalla normativa sanitaria nazionale e regionale, da obblighi di legge e da regolamenti in vigore. Inoltre, le informazioni cliniche, previa reale anonimizzazione, potranno essere elaborate e trattate per scopi di ricerca scientifica e statistici.

Base giuridica del trattamento è da rinvenirsi nel fatto che lo stesso è necessario per finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali nonché nell'adempimento degli obblighi di legge che incombono alla ASL di Rieti. Il conferimento dei dati richiesti è facoltativo, ma in massima parte necessario al fine di fornire il servizio richiesto e, pertanto, la mancata concessione delle informazioni potrebbe impedire di porre in essere quanto richiesto.

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono raccolti presso l'interessato o presso persone diverse dall'interessato, atte comunque a tutelarne gli interessi (parenti e quant'altro), quando lo stesso non è in grado di fornirli.

Il trattamento dei dati viene eseguito sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I dati relativi allo stato di salute non possono essere diffusi. Gli stessi possono essere comunicati, in tutto o in parte, ad altre figure professionali coinvolte nel percorso di cura in ambito sanitario e /o in ambito sociale previo consenso dell'interessato ovvero, ove necessario, a terzi in adempimento di precisi obblighi di legge.

I dati in questione, fatti salvi eventuali obblighi di legge o contenzioso, saranno conservati per il tempo strettamente necessario al raggiungimento delle predette finalità. All'interessato (o a chi ne fa le veci) sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento 2016/679/UE fra cui quello di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che riguardano l'interessato o di opporsi al loro trattamento. L'apposita istanza può essere presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso la ASL di Rieti ai recapiti sopra indicati ovvero scrivendo a dpo@asl.rieti.it. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato nei termini indicati nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).