**ALLEGATO A**

**Al Comune di Sarconi**
Ufficio Politiche Sociali
PEC: comune.sarconi@cert.ruparbasilicata.it

# DOMANDA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E PROTESICHE GRATUITE

*Motorhome Odontoiatrico – Progetto PNES (Piano Nazionale Equità nella Salute) – Area Contrasto delle Povertà Sanitarie*

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

residente / domiciliato/a in Sarconi, via _____ n. _____

telefono _____ e-mail (facoltativa) _____

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alle prestazioni odontoiatriche e protesiche gratuite erogate tramite il Motorhome Odontoiatrico, come indicate nell'Avviso pubblico del Comune di Sarconi al quale la presente domanda è allegata.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

☐ di essere **residente** nel Comune di Sarconi;

☐ di essere **domiciliato/a** nel Comune di Sarconi;

di possedere il seguente requisito previsto dall'Avviso *(barrare almeno una casella)*:

☐ persona a basso reddito, con ISEE inferiore a 10.000 €, con difficoltà di accesso ai servizi sanitari;

☐ cittadino/a straniero/a, comunitario/a o non comunitario/a, non iscritto/a al Servizio Sanitario Nazionale;

☐ titolare di esenzione per reddito;

☐ persona senza fissa dimora;

☐ altra comprovata condizione di vulnerabilità (es. donna in condizione di fragilità socio-economica, madre sola con figli a carico), specificare: _____

_____

**ALLEGA**

☐ copia di un documento di identità in corso di validità;

☐ eventuale documentazione a comprova del requisito dichiarato: _____

_____

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente domanda e:

☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali da parte del Comune di Sarconi e alla loro trasmissione all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, per le sole finalità connesse all'Avviso e all'erogazione delle prestazioni del Motorhome Odontoiatrico, inclusa la prenotazione telefonica da parte dell'ASP.

*In mancanza del consenso non è possibile trasmettere il nominativo all'ASP e, di conseguenza, accedere al servizio.*

Sarconi, _____

Firma del/della richiedente

_____

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

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

*Avviso pubblico – Motorhome Odontoiatrico – Progetto PNES*

Il Comune di Sarconi informa gli interessati che i dati personali forniti con la domanda di accesso alle prestazioni del Motorhome Odontoiatrico saranno trattati come di seguito indicato.

**1. Titolare del trattamento**

Comune di Sarconi, Piazza Municipio, 11, 85050 Sarconi (PZ) – PEC: comune.sarconi@cert.ruparbasilicata.it, nella persona del sindaco pro-tempore, in qualità di rappresentante legale dell'Ente.

**2. Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO)**

Il Responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo: avv. Maria Teresa FIORE, PEC fiore.mariateresa@cert.ordineavvocatipotenza.it

**3. Finalità del trattamento**

I dati sono trattati esclusivamente per:

- istruire la domanda e verificare il possesso dei requisiti previsti dall'Avviso;
- predisporre e trasmettere all'ASP di Potenza l'elenco nominativo degli aventi diritto, come richiesto dalla nota ASP prot. n. 0109052/2026 del 10/11/2026;
- consentire all'ASP di programmare gli accessi del Motorhome e contattare gli interessati per la prenotazione delle prestazioni.

**4. Base giuridica**

Il trattamento si fonda sul consenso dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a) e art. 9, par. 2, lett. a) GDPR) e sull'esecuzione di compiti di interesse pubblico in materia di servizi sociali connessi al Progetto PNES (art. 6, par. 1, lett. e) GDPR).

**5. Categorie di dati trattati**

Dati anagrafici e di contatto (nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, residenza o domicilio, telefono, eventuale e-mail) e dati relativi al requisito posseduto (condizione economica, cittadinanza e iscrizione al SSN, esenzioni, condizione di vulnerabilità). Questi ultimi possono rivelare informazioni di natura particolare, che saranno trattate con specifiche cautele. Saranno trasmessi all'ASP i soli dati strettamente necessari all'erogazione del servizio.

**6. Modalità del trattamento**

Il trattamento avviene in forma cartacea e informatica, da parte di personale del Comune autorizzato e istruito, con misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati.

**7. Destinatari dei dati**

I dati saranno comunicati all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, che li tratterà in qualità di autonomo titolare per l'erogazione delle prestazioni, nel rispetto del GDPR e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. I dati non saranno diffusi né trasferiti verso Paesi extra UE e non saranno oggetto di processi decisionali automatizzati o di profilazione.

**8. Periodo di conservazione**

I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità indicate e, successivamente, per il periodo previsto dalla normativa in materia di conservazione degli atti amministrativi.

**9. Natura del conferimento**

Il conferimento dei dati e il consenso sono necessari per l'istruttoria della domanda. L'eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di inserire il nominativo nell'elenco trasmesso all'ASP e, quindi, di accedere al servizio.

**10. Diritti dell'interessato**

L'interessato può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dagli artt. 15–22 GDPR (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità) rivolgendosi al Titolare o al DPO ai recapiti indicati. Può inoltre revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento effettuato prima della revoca. Ha infine diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 GDPR – www.garanteprivacy.it).

Per presa visione

Sarconi, _____

Firma del/della richiedente

_____