



Via Francesco Palmegiani n.7-9-11– 02100 Rieti –
Tel. 0746/790935– 327/8938287
e-mail: segreteria@mondoriabilitazione.it - mondoriyeti@lamiapec.it

M.CU (comunicazione utente)
Rev.02 del 27.10.2021

ALLA CORTESE ATTENZIONE DEGLI UTENTI

Il Centro di Riabilitazione denominato **Mondo Riabilitazione** rientra tra le strutture riabilitative accreditate con la Regione Lazio ai sensi dell'ex art. 26 L. 833/78, per l'erogazione di prestazioni **riservate** ad utenti affetti da **disabilità complesse**. Con tale termine si intendono patologie che interessano più segmenti e/o organi e/o apparati con possibili esiti permanenti spesso multipli, invalidanti al punto da richiedere una presa in carico globale dell'utente da parte di una équipe multiprofessionale, composta dal medico responsabile del progetto riabilitativo e da una o più figure professionali (terapista, logopedista, psicologo, consulenti medici, etc.) **L'équipe elabora un progetto riabilitativo di presa in carico globale** personalizzato, definendo gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti e le azioni necessarie al conseguimento dell'obiettivo stesso, tenendo conto delle disabilità, delle abilità residue, delle aspettative del paziente e dei suoi familiari, oltre che di fattori contestuali, ambientali ed individuali.

Sono escluse dal regime in convenzione tutte quelle patologie e disabilità definite transitorie e/o minimali di cui al D.M. Salute del 22/07/1996, che non prevedono l'elaborazione di un progetto riabilitativo di presa in carico globale, ma solo semplici prestazioni terapeutico-riabilitative. Tali prestazioni vengono erogate dai presidi ambulatoriali pubblici o privati accreditati ai sensi dell'ex art. 48, L. 833/78, su prescrizione del medico curante o di uno specialista di struttura pubblica, ma possono essere erogate anche presso il Centro, in regime privato, su prescrizione (sottoposta comunque a valutazione da parte del Direttore Sanitario e/o degli specialisti del Centro), del medico curante o specialista esterno pubblico o privato e fermo restando il necessario conferimento dei dati e il consenso al trattamento degli stessi.

L'accesso al **TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE** avviene tramite visita del medico specialista per la specifica disabilità o medico specialista in riabilitazione così come definito dal Piano di Indirizzo, su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS) che indica la problematica/che clinica/che da valutare (DCA REGIONE LAZIO N.101\2020). L'eventuale proroga del trattamento viene rilasciata dalla ASL territorialmente competente, ai sensi del DCA N. 101\2020).

L'accesso al **TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE** avviene previa valutazione multidimensionale ed autorizzazione effettuata dai competenti servizi della ASL di residenza del paziente, su richiesta del MMG o PLS. L'eventuale proroga del trattamento viene rilasciata dalla ASL territorialmente competente, ai sensi del DCA N. 101\2020). La prescrizione specialistica o la valutazione multidimensionale e l'autorizzazione devono essere allegate alla richiesta di trattamento riabilitativo (Mod. RT) che, compilata in ogni sua parte, deve essere consegnata alla segreteria del centro Mondo Riabilitazione per l'inserimento nelle liste d'attesa.

A tal fine alla suddetta richiesta di trattamento (Mod. RT) è necessario allegare in copia semplice anche la documentazione clinica relativa alle patologie per le quali viene presentata la richiesta di trattamento (referti di RM, TC, cartelle cliniche e certificazioni mediche, analisi ematochimiche etc.) eventuale copia del verbale di riconoscimento di invalidità civile, consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Mod. ITDP) e copia di un documento di riconoscimento valido.

Per i minori (0/18 anni), con problematiche nell'area della neuropsichiatria è necessario allegare copia della valutazione / prescrizione effettuata da un Neuropsichiatra Infantile. Per le deviazioni della colonna è indispensabile effettuare un esame radiografico sotto carico della colonna e del bacino in due proiezioni, non anteriore a tre mesi, da esibire al momento della visita.

In presenza di patologie cardio-circolatorie, neoplastiche e in caso di richiesta di linfodrenaggio post-mastectomia, è necessario produrre **certificazione dello specialista cardiologo o oncologo che attesti l'assenza di controindicazioni ad effettuare trattamenti riabilitativi**.

Infine, si ricorda di presentarsi, all'atto della prima visita, con la documentazione completa di tutti gli esami originali comprese le immagini (RM, TC, RX. etc.)

Il Direttore Sanitario
D.ssa Marina Vespa

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679)

Gentile Signore/Signora, La informiamo che il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «*relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati*» (di seguito RUE 2016/679), è entrato in vigore dal 25 maggio 2016 e divenuto operativo a partire dal 25 maggio 2018.

E' per questo motivo che **MONDO RIABILITAZIONE S.R.L.** Le fornisce la presente informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del citato Regolamento e La informa che il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di tutela della riservatezza e dei Suoi diritti.

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del Trattamento è **MONDO RIABILITAZIONE S.R.L.** con sede legale in Roma, alla via Flaminia 71 e sedi operative in Poggio Mirteto scalo (RI), alla via del Porto Fluviale snc e in Rieti, alla via Palmegiani 7-9-11

Dati di contatto: email amm.pirteto@mondoriabilitazione.it tel. 0765/578551

amm.rieti@mondoriabilitazione.it tel. 0746/790935

2. RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (DPO)

Dati di contatto: email dpo.alp@ecosafety.it tel. 06/94288371

3. NATURA DEI DATI PERSONALI

Il trattamento di **dati personali** che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché di dati genetici, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale è vietato se l'interessato non ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche (art. 9, comma 1, lettera a) RUE 2016/679), e non ricorra alcuna delle altre fattispecie previste dalle lettere b-j del citato articolo

Il Suo consenso è da noi raccolto nelle circostanze di seguito descritte:

- **direttamente da lei** (in occasione di richiesta dell'attività di analisi di laboratorio, di visite specialistiche, esami diagnostici ed ogni altra tipologia di servizio sanitario necessario alla tutela e cura della sua salute);
- **da parte di un terzo** (ad esempio da chi esercita legalmente la patria potestà in caso di minore o da un responsabile nei casi di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e di volere, da un familiare, da un prossimo congiunto, da un convivente o, in assenza, dal dirigente medico responsabile).

4. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I Suoi dati personali raccolti saranno trattati dalla nostra struttura per le seguenti finalità:

- a) diagnosi, assistenza e terapia sanitaria in ambito ambulatoriale in convenzione con il SSN e in regime privato;
- b) gestione amministrativa/contabile strettamente connessa, correlata e strumentale ai servizi sanitari stessi;
- c) programmazione, gestione, controllo dell'assistenza sanitaria e di tutte le attività amministrative connesse e correlate ai servizi sanitari erogati;
- d) gestione di pratiche assicurative e fondi (in modalità prevalentemente diretta, ma anche indiretta) per il rimborso delle prestazioni sanitarie che dovessero riguardarLa;
- e) attività di videosorveglianza per motivi di sicurezza e tutela del patrimonio aziendale e di sicurezza delle persone fisiche
- f) invio di materiale informativo solo dietro Suo specifico consenso su iniziative riguardanti i servizi offerti da **MONDO RIABILITAZIONE S.R.L.**

5. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I Suoi dati sono trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. I dati sono custoditi in maniera tale da assicurarne la riservatezza, evitarne la distruzione o l'utilizzo da parte di terzi non autorizzati e nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla vigente normativa.

I dati sono organizzati in "banche dati" il cui trattamento viene effettuato, attraverso supporti cartacei, informatici, telematici e attraverso apparecchi di videosorveglianza, soltanto da personale autorizzato

6. CONSEGUENZE AL RIFIUTO DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati, comprese le categorie particolari di dati personali, deve essere da Lei liberamente espresso. E' nostro dovere informarLa che il conferimento dei Suoi dati è indispensabile per l'espletamento di tutte le operazioni necessarie alla prestazione sanitaria richiesta e da noi erogata a tutela della Sua salute, comprese le connesse attività di natura amministrativa.

Un Suo rifiuto comporta l'impossibilità per **MONDO RIABILITAZIONE S.R.L.** di erogare la prestazione o il servizio sanitario da Lei richiesto oppure di completare le attività di carattere amministrativo connesse e correlate alla prestazione stessa.

Le sarà pertanto chiesto di esprimere, in forma scritta, il Suo consenso al trattamento dei dati rispetto a quanto descritto nella presente informativa.

7. TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali da lei forniti e dalla scrivente raccolti saranno conservati da quest'ultima per i tempi strettamente necessari alle finalità per cui vengono raccolti e sulla scorta dei criteri definiti internamente da **MONDO RIABILITAZIONE S.R.L.** la durata di tali termini è indicata in un documento interno che le potrà essere portato a conoscenza a seguito di una Sua specifica richiesta.

8. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI I DATI POSSONO ESSERE COMUNICATI

La comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute può essere effettuata soltanto a Lei o a un terzo da Lei delegato/autorizzato. Le informazioni possono essere a Lei fornite da un medico o da altri soggetti sanitari e/o amministrativi autorizzati dal Titolare nel rispetto delle disposizioni normative tempo per tempo vigenti.

I dati personali raccolti potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti che svolgono attività connesse e strumentali alla prestazione dei servizi sanitari erogati:

- enti obbligatori per legge ai fini delle attività sanitarie e amministrative (ad esempio Aziende Sanitarie Locali, Regione, MEF, SOGEI, MIUR ecc.), Istituti scolastici limitatamente ai dati funzionali all'espletamento dei GLH
 - fondi, assicurazioni e società collegate che gestiscono i Suoi dati esclusivamente per le finalità di autorizzazione e rimborso delle prestazioni sanitarie;
 - autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria (su specifica richiesta) e altri enti destinatari per leggi e regolamenti;
 - società che prestano servizi informatici;
 - medico curante in casi di comprovata urgenza e necessità.
- Possono inoltre accedere ai Suoi dati personali i soggetti interni e/o esterni alla struttura (dipendenti e consulenti) in qualità di soggetti autorizzati e/o responsabili al trattamento al fine dell'adempimento delle mansioni e dei compiti loro attribuiti in funzione delle finalità in precedenza espresse. In ogni momento può rivolgersi alla scrivente per ottenere informazioni aggiornate sull'ambito di comunicazione dei Suoi dati. I Suoi dati non sono destinati alla diffusione.

9. TRASFERIMENTO DATI VERSO PAESI EXTRA UE

MONDO RIABILITAZIONE S.R.L. non intende trasferire i suoi dati verso paesi terzi (paesi extra-UE).

10. REVOCA CONSENSO

In ogni caso Lei ha diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso al trattamento dei Suoi dati personali prestato, secondo quanto stabilito dall'art. 7, comma 3 del Reg. UE 2016/679, senza compromettere la legalità di tale trattamento effettuato sulla base di tale consenso fino al momento della revoca.

11. RECLAMO AUTORITA' COMPETENTE

Qualora Lei riscontrasse una violazione dei Suoi diritti in base al Reg. UE 2016/679 ha il diritto di presentare un reclamo tramite l'autorità di supervisione di competenza del Suo paese di residenza o all'autorità italiana per la protezione dei dati (<http://www.garanteprivacy.it>).

12. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha diritto di ottenere quanto dettato dagli articoli dal 15 al 22 del RUE 2016/679:

a) DIRITTO DI ACCESSO DELL'INTERESSATO

«L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle informazioni» specificate all'art. 15, comma 1, lettere dalla a) alla h) *(per una maggiore comprensione si rimanda all'art.15 del RUE 2016/679);*

b) DIRITTO DI RETTIFICA

«L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa» *(art. 16 del RUE 2016/679);*

c) DIRITTO ALLA CANCELLAZIONE [«DIRITTO ALL'OBLIO»]

«L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e il titolare del trattamento ha l'obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo i dati personali, se sussiste uno dei motivi» indicati all'art. 17, comma 1 lettere dalla a) alla f) *(per una maggiore comprensione si rimanda all'art.17 del RUE 2016/679);*

d) DIRITTO DI LIMITAZIONE DI TRATTAMENTO

«L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi» indicate all'art. 18, comma 1, lettere dalla a) alla d) *(per una maggiore comprensione si rimanda all'art.18 del RUE 2016/679);*

e) DIRITTO ALLA PORTABILITÀ DEI DATI

«L'interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti qualora si verifichi una delle ipotesi» indicate all'art. 20, comma 1 lettere a) e b) *(per una maggiore comprensione si rimanda all'art.20 del RUE 2016/679);*

f) DIRITTO DI OPPOSIZIONE

«L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni» *(per una maggiore comprensione si rimanda all'art.21 del RUE 2016/679);*

g) DIRITTO DI NON ESSERE SOTTOPOSTO A UN PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO, COMPRESA LA PROFILAZIONE

«L'interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona» *(per una maggiore comprensione si rimanda all'art.22 del RUE 2016/679).*

MODULO CONSENSI

Il/La sottoscritto/a	
C.F.	
Email *	
Cell. *	

*da compilare solo nel caso in cui tali campi si rendessero necessari per la finalità richiesta

1. TRATTAMENTO DATI PERSONALI

In riferimento a quanto esposto nel documento di informativa sul trattamento dei dati, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, affisso in sala d'attesa e allegata, dichiaro di aver preso visione e compreso la stessa e

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

_____, ____/____/____ Firma _____

a) Nel caso in cui l'interessato sia incapace d'intendere e/o volere:

Il/La sottoscritto/a _____, C.F. _____, in qualità di:

☐ Genitore; ☐ Genitore affidatario; ☐ Tutore; ☐ Curatore; ☐ Amministratore di sostegno del soggetto interessato

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

_____, ____/____/____ Firma _____

b) Nel caso in cui l'interessato sia un soggetto minore d'età e si tratti di atti di straordinaria amministrazione (operazioni chirurgiche, trattamenti continuativi e prolungati, psicoterapia, ecc.):

c)

I sottoscritti: - _____ C.F. _____

- _____ C.F. _____

In qualità di soggetti esercitanti la responsabilità genitoriale,

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

_____, ____/____/____ Firma _____

Firma _____

***Nel caso in cui uno dei due genitori non possa essere presente**

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

☐ *lontananza*; ☐ *impedimento*; ☐ *incapacità naturale/legale*; ☐ *altro* _____

Firma _____
(il dichiarante)

2. COMUNICAZIONI E CONTATTI TELEFONICI E/O TELEMATICI

In relazione alle comunicazioni e contatti telefonici e/o telematici per la programmazione e l'espletamento dell'attività (conferma, rinvio di appuntamenti, telemedicina, teleriabilitazione o altro):

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

_____, ____/____/____ Firma _____

3. INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI COMMERCIALI

In riferimento alla possibilità di essere informato/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della struttura (es: apertura di nuove sedi), attivazione di nuovi servizi, promozioni, ecc.) e/o l'invio di materiale pubblicitario in genere:

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

_____, ____/____/____ Firma _____

RICHIESTA DI TRATTAMENTO

Mondo Riabilitazione s.r.l

Via Francesco Palmegiani n.7-9-11- 02100 Rieti –
Tel. 0746/790935– 327/8938287
e-mail: segreteria@mondoriabilitazione.it - mondoriyeti@lamiaptec

SCRIVERE LEGGIBILE IN STAMPATELLO

Cognome Nome.....

Luogo di nascita Data

Codice Fiscale

Indirizzo residenza n°

Città Prov.

Indirizzo domicilio n°

Città Prov.

Telefono Cellulare e-mail

Stato Civile: ☐ Coniugato/a ☐ Celibe/nubile ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a

Occupazione: ☐ Lavora ☐ Non lavora ☐ Pensionato/a ☐ Casalinga ☐ Studente

Titolo di studio: ☐ Nessuno ☐ Frequenta asilo ☐ Non frequenta asilo ☐ Scuola elementare
☐ Frequenta scuola elementare ☐ Scuola media inf. ☐ Scuola media sup.
☐ Laurea breve ☐ Laurea

Tutela Legale: ☐ Soggetto sottoposto a tutela ☐ Soggetto responsabile per sé

Ausili/Protesi: ☐ Si ☐ No ☐ Se sì quale

Insegnante di sostegno: ☐ Si ☐ No **Servizio assistenziale ente locale:** ☐ Si ☐ No

Invalidità civile: ☐ Nessuna ☐ Richiesta ☐ Riconosciuta ☐ Percentuale
(allegare documentazione)

Condizioni di vita: ☐ Vive solo in modo autonomo ☐ Vive solo in modo non autonomo
☐ Con coniuge/partner ☐ Solo con il coniuge/partner e figli
☐ Con altri familiari ☐ Struttura abitativa
☐ Altro

Condizioni di vita minore e/o incapace:

O Vive con i genitori

O Vive solo con la madre

O Vive solo con il padre

O Altro.....

GENITORI: **O Vedovo/a**

O Separati/Divorziati

O genitore/i affidatari
(allegare documentazione)

O tutore/i
(allegare documentazione)

Inviante: O Medico Specialista Dott.

O Medico Distrettuale Dott.

O Altro Dott.

Epoca (anche approssimativa) insorgenza della disabilità oggetto d'intervento:

Ha effettuato precedenti trattamenti riabilitativi? ☐ Si ☐ No

Se si presso dal al

Ricovero ultimi 12 mesi: ☐ Nessuno ☐ Struttura Riabilitativa Ospedaliera

O Struttura extra-ospedaliera

Progetti ultimi 12 mesi:: ☐ Nessuno ☒ Si in regime ambulatoriale individuale

O Si in regime domiciliare

_____, _____/_____/_____

Firma
