

## **Termini del Servizio**

L'utilizzo del servizio di dematerializzazione del buono mensile riconosciuto agli assistiti della Regione Piemonte affetti da celiachia e autorizzati dalla ASL di residenza – in quanto in possesso del relativo codice di esenzione patologia cronica - mediante la consegna di un codice PIN che verrà trasmesso all'assistito via SMS o e-mail.

Il budget è mensile ed il relativo importo viene reso disponibile mensilmente. Il sistema informativo regionale effettua in automatico l'accorpamento del Budget per due periodicità mensili inerenti il periodo "Luglio-Agosto" di ciascun anno. Inoltre, in assenza di utilizzo dell'accorpamento del Budget nel periodo "Luglio-Agosto", l'ASL di residenza su esplicita richiesta dell'assistito può autorizzare nominativamente l'eventuale accorpamento del Budget in altro periodo dell'anno di riferimento per un massimo di due periodicità mensili.

L'acquisto dei prodotti sarà possibile presentando la tessera TS-CNS presso tutti i punti vendita convenzionati suddivisi nelle seguenti tipologie:

- Farmacie e Parafarmacie
- Negozi Specializzati
- Grande Distribuzione Organizzata

Il sistema verificherà il budget disponibile e i prodotti convenzionati, stampando sullo scontrino fiscale il budget residuo e i dettagli dell'acquisto effettuato.

### Come acquistare i prodotti

Presso le Farmacie e le ParaFarmacie:

Il cittadino consegna i prodotti e la propria tessera TS-CNS al farmacista che, mediante lettura del Codice Fiscale, chiederà al sistema di verificare che il cittadino abbia diritto all'utilizzo del buono elettronico, che il budget disponibile sia sufficiente a coprire la spesa, e che i prodotti siano tra quelli convenzionati. Al termine della transazione verrà consegnato lo scontrino fiscale riepilogativo della spesa complessiva, dei prodotti convenzionati acquistati e del buono residuo.

Presso i Negozi Specializzati:

Il cittadino consegna i prodotti e la propria tessera TS-CNS al negoziante che, inserendo la tessera nell'apposito lettore, chiederà al sistema di verificare che il cittadino abbia diritto all'utilizzo del buono elettronico, che il budget disponibile sia sufficiente a coprire la spesa, e che i prodotti siano tra quelli convenzionati. Al termine della transazione verrà consegnato lo scontrino fiscale riepilogativo della spesa complessiva, dei prodotti senza glutine e del buono residuo.

Presso la Grande Distribuzione Organizzata, e Negozi Specializzati (ove applicato):

Il cittadino consegna alla cassa i prodotti acquistati, sia quelli della sua spesa personale, sia quelli senza glutine. Inserisce la tessera TS-CNS nel POS e digita il suo PIN. Il sistema verifica che il cittadino abbia diritto all'utilizzo del buono elettronico, che il budget disponibile sia sufficiente a coprire la spesa, e che i prodotti siano tra quelli convenzionati. Al termine della transazione verrà consegnato lo scontrino fiscale riepilogativo della spesa complessiva, dei prodotti senza glutine e del buono residuo.

La comunicazione tra le Aziende dei canali di vendita e il Sistema informativo regionale per la verifica del diritto all'accesso del servizio di celiachia SSR avviene nelle modalità richiamate nel Sub-Allegato A/1 "Manuale\_dei Canali di Vendita" e nel sub allegato A/5 "Raccomandazioni-Privacy".

### Disposizioni per il cittadino titolare della TS-CNS abilitata al servizio Celiachia

Il Titolare della TS-CNS è tenuto a custodire con ogni cura la Carta e il codice PIN; il codice PIN deve restare segreto e non deve essere riportato o annotato sulla Carta, né conservato insieme ad essa, né reso visibile a terzi al momento della digitazione dello stesso in sede di utilizzo della Carta. Il Titolare della Carta è responsabile di ogni conseguenza dannosa che, per sua negligenza, possa derivare dall'abuso o dall'uso illecito della Carta e/o del PIN.

In caso di sospetto di un possibile utilizzo fraudolento della Carta, con riferimento al servizio di dematerializzazione del buono per l'acquisto di prodotti senza glutine, il Titolare è tenuto ad effettuare denuncia presso le forze dell'ordine e contestualmente a

- segnalare, ai canali di assistenza del servizio riportati sul sito regionale, la richiesta di disattivazione del PIN, allegando copia scannerizzata della denuncia;

- richiedere, attraverso il portale Sistema TS, il duplicato della Tessera.

La denuncia dovrà essere presentata allo sportello della ASL che provvederà a far recapitare al Titolare, attraverso i canali SMS o mail, un nuovo PIN associato al duplicato della tessera.

**La disattivazione della Carta TS-CNS e/o PIN deve essere comunicata tempestivamente dal soggetto autorizzato, anche, al seguente numero verde regionale 800333444.** Il servizio è gratuito, funziona dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle 18:00, da telefono fisso e mobile.

In caso di danneggiamento o deterioramento della TS - CNS, il Titolare è tenuto a non effettuare ulteriori operazioni ed a richiedere una nuova Carta.

Qualora abbia agito in modo fraudolento, con dolo o colpa grave, il Titolare sopporta tutte le perdite derivanti dall'utilizzo non autorizzato della Carta.

Per colpa grave si intende il comportamento del Titolare che opera con negligenza o imprudenza non scusabili, senza adottare quel grado minimo ed elementare di diligenza generalmente osservato da tutti nella cura dei propri interessi patrimoniali. A titolo esemplificativo e non esaustivo si ha colpa grave se il Titolare i) non conserva il PIN in luogo separato e segreto rispetto a quello in cui custodisce la Carta, ii) trascrive sulla Carta il PIN, iii) non adotta ogni precauzione volta a mantenere la riservatezza del P.I.N., anche all'atto della digitazione dello stesso in fase di prelievo, iv) non verifica con frequenza tempestiva e costanza le operazioni che risultano compiute con la Carta.

## **Informativa sul trattamento dei dati personali**

### **AI SENSI DEL GDPR 2016/679**

Gentile Utente,

in riferimento al servizio regionale per ***l'erogazione di prodotti dietetici senza glutine agli assistiti riconosciuti dal SSR affetti da celiachia*** La informo in merito al trattamento dei Dati Personali che verranno da Lei conferiti secondo quanto previsto dal "Regolamento 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito GDPR)".

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR, Le forniamo, pertanto, le seguenti informazioni:

- i Dati personali riferiti alla Sua persona verranno raccolti o comunque acquisiti all'atto del rilascio della nuova autorizzazione da parte dell'operatore dello sportello della sua Azienda Sanitaria di residenza mediante la modulistica allegata alla presente che Ella è tenuto a restituire debitamente compilata e sottoscritta per accettazione, e che costituisce la base giuridica del trattamento;
- i Dati personali conferiti saranno trattati, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza, con modalità informatiche e cartacee, esclusivamente per la finalità di consentirLe di fruire dei servizi del sistema regionale per l'acquisto agli aventi diritto di prodotti dietetici senza glutine riconosciuti dal SSR; a tale scopo, precisiamo che, nel caso dalle verifiche risultasse che non Le è stato assegnato un codice di patologia cronica per la Malattia celiaca, tale assegnazione verrà effettuata dall'ASL nel rispetto della normativa vigente, al fine di permettere la corretta attivazione della procedura;
- il Titolare del trattamento è la sua ASL di residenza; tutti i riferimenti relativi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD o DPO) sono da Lei reperibili presso la Direzione di Distretto. Il Responsabile del trattamento è il CSI Piemonte, Ente strumentale per l'informatica della Pubblica Amministrazione Piemontese, con sede in Torino C.so Unione Sovietica 216, 10126 Torino;
- i Suoi Dati saranno trattati esclusivamente da soggetti incaricati e responsabili, del Titolare o del Responsabile, ed istruiti in tal senso adottando tutte quelle misure tecniche ed organizzative adeguate per tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che Le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato;

- i Suoi dati personali sono conservati a partire dalla data di attivazione della procedura, previa la consegna del presente modulo di consenso da Lei sottoscritto ad uno sportello ASL, e gestiti su server ubicati nelle sedi del CSI Piemonte;
- i Suoi dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (d. lgs. 281/1999 e s.m.i.);
- i Suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extra europeo, né di comunicazione a terzi fuori dai casi previsti dalla normativa in vigore, né di processi decisionali automatizzati compresa la profilazione.

Potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del GDPR (tra cui quelli di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei suoi Dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o la limitazione o il blocco dei Dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi per motivi legittimi al trattamento stesso) rivolgendosi al Titolare o al DPO o al Responsabile del trattamento, ai dati di contatto di cui sopra o ancora il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a ..... il ..... consapevole dei diritti che può esercitare in base alla normativa sulla "Privacy", incluso quello di revocare il presente consenso, AUTORIZZA l'Azienda ASL XXX a trattare i propri dati per le finalità del servizio di dematerializzazione del buono per gli assistiti riconosciuti dal SSR affetti da celiachia e ne accetta integralmente le condizioni.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(FIRMA -leggibile dell'interessato)

\_\_\_\_\_

Firma (leggibile) del rappresentante con indicazione della  
 qualità dallo stesso rivestita (\*\*) (\*)

Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità d'agire (minorenne) o per incapacità di intendere o di volere (interdetto), il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura preso cui dimora l'interessato

Data \_\_\_\_\_

Operatore che ha ricevuto il consenso (firma leggibile)

\_\_\_\_\_

(\*\*)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**(art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Io sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_,

in via/corso/piazza \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia responsabilità

DICHIARO di essere:

- titolare della responsabilità genitoriale;
- tutore;
- amministratore di sostegno appositamente a ciò delegato;
- \_\_\_\_\_

dell'interessato (indicare nome cognome luogo e data di nascita)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Letto, confermato e sottoscritto**

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

(il/la dichiarante)

\_\_\_\_\_

(\* Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo.

(\* Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

Data, timbro e firma del dipendente addetto \_\_\_\_\_