



8.5 - ASU - MODULO ACCESSO AI SERVIZI PER UTENTI SPAA Servizio Per l'Autonomia e l'Autodeterminazione

**a cura del Medico Medicina Generale, oppure del Pediatra Libera Scelta
oppure del Medico Specialista della persona**

Il/la sottoscritto/a.....

In qualità di ☐ MMG ☐ PLS ☐ medico specialista in

operante presso.....

telefono.....e-mail.....

Chiede l'ammissione al S P A A del sig. /sig.ra:

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascita:

Comune e via di residenza:.....CAP.....

ASL Distretto

Telefono cell.....

e-mail.....

Causa della disabilità:.....

Tipo di disabilità:.....

Insorgenza della disabilità.....

Motivo della richiesta

E' in trattamento presso altro centro di riabilitazione si ☐ no ☐

Se si, quale.....

Eventuale cognome, nome, recapito telefonico del familiare a cui si può fare riferimento

Problematiche da affrontare:

- ☐ Difficoltà nell'autonomia delle attività di vita quotidiana.
- ☐ Scelta di ausili di postura e mobilità (carrozzina, unità posturali, ecc)
- ☐ Valutazione della postura in carrozzina.
- ☐ Abbattimento delle barriere architettoniche nella propria abitazione e/o luogo di lavoro/studio.
- ☐ Acquisizione o miglioramento dell'autonomia con il proprio veicolo di trasporto
- ☐ Patente speciale



- ☐ Comunicazione Aumentativa Alternativa
- ☐ Domotica
- ☐ Accessibilità informatica
- ☐ Orientamento allo sport per persone con disabilità
- ☐ Guida all'ottenimento dei diritti
- ☐ Orientamento lavorativo e di studio
- ☐ Consulenza sanitaria
- ☐ Altro.....
- ☐ [] Urgenza

Motivo

.....

.....

L'ammissione è subordinata alla valutazione della disabilità complessiva da parte dell'équipe del SPAA. La Persona con Disabilità, posta in lista di attesa, sarà presa in carico dall'équipe del centro in base alla disponibilità. La firma di questa richiesta impegna l'interessato/a o il familiare a concordare il progetto riabilitativo con l'équipe e a rispettarne le modalità attuative ed i tempi di dimissione.

E' indispensabile presentare anche copia dell'istanza di invalidità civile.

Data	Firma del medico richiedente

(N.B.: la parte sottostante dovrà essere compilata e firmata da chi autorizza il trattamento dei dati personali ed in caso di richiesta per minori da entrambi i genitori, ad eccezione di casi specifici da documentare)

Il sott. o/a nato/a Prov..... Il

Il sott. o/a nato/a Prov..... Il

In qualità di:

- ☐ persona direttamente interessata al trattamento dei dati personali
- ☐ genitore/i del minore
- ☐ tutore del minore.....
- ☐ amministratore di sostegno del signor/a
- ☐del signor/aperché non può firmare

Presa visione dell'informativa a pagina 3, relativa alla protezione dei dati personali, autorizza il medico richiedente alla trasmissione dei dati al Centro per l'Autonomia.

data	Firma



Informativa ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 sulla protezione dei dati personali e del Codice in materia di protezione dei dati personali (testo integrato dalle modifiche introdotte dal D.lgs 101/2018)

La Cooperativa "Centro per l'Autonomia - Michele lacontino" (sin d'ora CPA), con sede in Via G. Cerbara, 20 - 00147 Roma, C.F./P.iva 05185511002, quale **Titolare del trattamento dei dati degli utenti del Centro per l'Autonomia, Servizio territoriale convenzionato con la ASL Roma 2**

Rappresentante legale della Cooperativa: Pietro Vittorio Barbieri, nato a Sesto San Giovanni (MI), il 20/01/1967, codice fiscale BRBPRV67A201690Q

Responsabile della protezione dei dati della Cooperativa: Lopasova Svitlana, nominata con delibera del Consiglio di amministrazione del 15/12/2025, nata in Ucraina (EE), il 11/11/1984, c. fiscale LPSSTL84S51Z138F, i cui dati di contatto sono:

numero di telefono: 06 51604253

posta elettronica: servizioldpo@centroperlautonomia.it

dichiara che raccoglie, elabora aggiorna ed archivia i dati personali e categorie particolari di dati personali relativi agli utenti della struttura: dati anagrafici e identificativi, recapiti telefonici, indirizzi email, ma anche stato psico-fisico e sociale, potestà genitoriale, altre forme di affidamento, certificati medici, certificati di invalidità degli utenti dei servizi di terapia occupazionale e psico-sociale.

A tal fine **Le fornisce le seguenti informazioni:**

1. **I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:** riabilitazione, abilitazione, cura, prevenzione, inserimento socio-educativo, statistiche, studio e ricerca, presa visione della documentazione da parte della Asl Roma 2 per i controlli derivanti dalla convenzione in essere per erogazione di servizi, supporto informativo per operatori di altri enti che la seguono;
2. I dati da lei forniti vengono conservati fino alla cessazione dell'attività o modifica della titolarità d'esercizio;
3. Il Titolare assicura l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati forniti come da Modello sulla protezione dei dati adottato dalla Cooperativa CPA;
4. I dati sono trattati per effetto di acquisizione del consenso e/o disposizione di legge nazionali ed europee;
5. La cooperativa informa gli interessati che non utilizza processi decisionali automatizzati;
6. La cooperativa dichiara che non trasferisce dati in Paesi terzi;
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi del Regolamento europeo 2016/679, su richiesta sottoscritta in originale:
 - accesso ai dati
 - rettifica/cancellazione
 - opposizione al loro trattamento
 - portabilità
 - revoca del consenso
 - reclamo all'Autorità di controllo;

Per ottenere una copia dei dati personali oggetto del trattamento, per conoscere le finalità per le quali i dati sono trattati e i criteri di loro conservazione e più in generale per l'esercizio dei diritti di cui sopra, è invitato a rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati della Cooperativa CPA, Lopasova Svitlana.