

**Alla Procura della Repubblica**

**Presso il Tribunale di .....**

Il sottoscritto..... c.f..... nato a ..... residente a..... tel.....

dichiara di essere parente (coniuge, fratello, sorella, figlio, figlia, madre, padre) ..... , del sig.....nato a..... deceduto il..... presso il proprio domicilio..... presso l'Ospedale di....., e di compilare e sottoscrivere il seguente questionario relativo alla assistenza sanitaria ricevuta per l'emergenza Coronavirus (Covid-19) per il proprio parente deceduto, consapevole della responsabilità per dichiarazioni mendaci:

- 1) Quando il parente ha manifestato sintomi di difficoltà respiratoria e/o febbre e/o tosse, dopo quanto tempo dai primi sintomi ha provato a contattare il servizio sanitario nazionale?
- 2) Ha chiamato il numero verde regionale e ricevuto risposta adeguata? in caso positivo, dopo quanto tempo?
- 3) Qualora non avesse ricevuto risposta dal numero regionale, ha poi chiamato il numero di pubblica utilità 1500 e ricevuto risposta? in caso positivo dopo quanto tempo?
- 4) Qualora non avesse ricevuto risposta dal numero di pubblica utilità, ha poi chiamato i numeri di urgenza 112 e 118 e ricevuto risposta? in caso positivo dopo quanto tempo?
- 5) Ha portato il parente al P.S. con mezzi propri o con l'autoambulanza del 118?
- 6) L'autoambulanza chiamata con il 118 si è rifiutata di trasportare il parente perché aveva sintomi di febbre e/o tosse?
- 7) Il parente quando è stato trasportato al P.S. aveva tosse e/o febbre?
- 8) Il parente dopo quanto tempo dall'arrivo in Ospedale è stato visitato al triage?

- 9) Se il parente è stato visitato al triage è poi stato ricoverato in reparto?
- 10) Il parente con sintomi di tosse e/o febbre è stato sottoposto al tampone per la diagnosi di Covid-19?
- 11) Il parente con sintomi di tosse e/o febbre e/o difficoltà respiratorie è stato sottoposto ad accertamenti diagnostici quale rx torace e saturimetro (apparecchio per la saturazione di ossigeno)?
- 12) Il parente è stato dimesso dall'Ospedale con persistente tosse e /o febbre e con quale valore di ossigenazione?
- 13) Il parente ha firmato dimissioni volontarie?
- 14) Dopo quanto tempo dalle eventuali dimissioni è avvenuto il decesso?
- 15) Il parente è deceduto in Ospedale?
- 16) Il parente è deceduto nel proprio domicilio a seguito delle dimissioni?

Si invia tale modulo al fine di far valutare a Codesta Autorità la sussistenza di eventuali reati.

LUOGO E DATA

FIRMA

\*\*\*\*\*

La presente informativa viene resa qualora il consumatore intenda inviare il presente documento al CODACONS.

L'Associazione precisa che i dati contenuti nelle risposte al questionario verranno trattati in modo anonimo e aggregato e che potranno essere comunicati alle Autorità competenti solo previo consenso dell'interessato o per motivi di legge (ad es. indagini giudiziarie, tutela della salute ed incolumità pubblica).

INFORMATIVA e CONSENSO PRIVACY

**Premessa.**

Il trattamento dei dati personali contenuti nel questionario viene svolto nel rispetto delle prescrizioni Reg. (UE) 2016/679; del D. Lgs. 196/2003 come mod. dal D. Lgs. 101/2018; del PROVVEDIMENTO 5 giugno 2019 - Prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati, ai sensi dell'articolo 21, comma 1 del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. (Provvedimento n. 146) del Garante privacy.

**Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (tutela diritto alla salute- art. 35 carta europea diritti fondamentali; art. 32 cost; art 2 D. Lgs. 206/2005, cod. consumo, e viene svolto nel rispetto delle previsioni contenute nell'atto costitutivo e nello statuto del Codacons (consultabili sul sito internet [www.codacons.it](http://www.codacons.it)), come interpretati anche alla luce della sent. 17351/2011 della Cassazione e dalla giurisprudenza amministrativa**

Titolare del trattamento è il CODACONS, con sede in Viale Giuseppe Mazzini n. 73, 00195 Roma.

Ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che il conferimento dei dati è facoltativo e non obbligatorio; che i dati verranno trattati con strumenti cartacei e/o informatici per l'espletamento delle finalità istituzionali, statutarie dell'associazione nonché, eventualmente, per gli obblighi legali. I dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza il mio esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. Il sottoscritto potrà ottenere, dietro semplice richiesta, la comunicazione in forma intelligibile degli stessi, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero la limitazione, l'integrazione dei dati, opporsi al loro trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, domandarne la cancellazione inviando la richiesta all'indirizzo [ufficiolegale@codacons.org](mailto:ufficiolegale@codacons.org) oppure a mezzo fax al num. 06.3701709, e può proporre reclamo al Garante privacy ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

I dati verranno conservati presso la sede di Roma dell'Associazione per il tempo necessario per gestire il Suo rapporto e comunque non oltre 2 anni, salvo per adempiere ad obblighi di legge.

\*Data \_\_\_\_\_

\*Firma \_\_\_\_\_