



## indica

Quale modalità attraverso cui chiede sia recapitata la comunicazione di cui sopra:

- l'invio alla casella di posta elettronica ordinaria: \_\_\_\_\_
- l'invio alla casella di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_
- l'invio in forma cartacea all'indirizzo postale della propria residenza
- l'invio in forma cartacea al seguente domicilio : \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

Allega: copia di un documento di identità

### **Informativa sul trattamento dei dati personali ex art 13 d.lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”**

I dati personali conferiti con il presente modulo sono trattati da Azienda provinciale per i servizi sanitari in qualità di Titolare del Trattamento, esclusivamente per finalità connesse allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, proprie del procedimento oggetto della istanza. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed in mancanza degli stessi l'Azienda non potrà avviare il procedimento e dare seguito alla istanza presentata. Il trattamento avverrà secondo modalità informatiche e manuali ad opera degli incaricati del trattamento, e nel rispetto delle misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza dei dati medesimi. I dati conferiti potranno essere oggetto di comunicazione o diffusione se previsto quale obbligo di legge, ovvero trattati in forma anonima. All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. 196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se erronei, incompleti o raccolti in violazione di norme di legge, opporsi al trattamento, rivolgendo istanza al Titolare del Trattamento.