

A blank sheet of lined paper with horizontal ruling lines and dotted midlines, resembling notebook paper. The page is framed by a solid black border on the left and right sides.

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO

A norma di quanto previsto dall'art.13 del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR), l'Associazione per i Diritti del Malato del Gruppo Micu3000 a.p.s. con sede in Solesino, via Pisana Vecchia, 157 CAP 35047, in qualità di Titolare del Trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni sul trattamento dei dati personali

(Tipologia dei dati personali e finalità del trattamento) L'Associazione tratterà i dati personali da lei forniti, nel rispetto della normativa sopra richiamata e tale trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura particolare (p.e. dati relativi allo stato di salute), necessari all'espletamento della pratica per dar corso alla segnalazione. L'Associazione inoltre, potrà trattare i Suoi dati per attività di informazione e promozione dei propri servizi non oggetto del presente mandato.

(Ambito di comunicazione dei dati personali) i dati personali non saranno comunicati ad Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche se non ad obbligo della pubblica autorità. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti all'Associazione per finalità proprie dell'Associazione stessa o degli organismi ad essa appartenenti o aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti; tale attività potrà essere esercitata previo consenso espresso dell'interessato.

(Modalità del trattamento) il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dalla normativa sopra richiamata, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

(Periodo di conservazione dei dati) i dati saranno conservati per il tempo necessario all'adempimento delle finalità di cui sopra e comunque non oltre cinque anni dalla cessazione del rapporto e per obblighi di legge (obblighi derivanti dalla L.152/2001, ecc). I dati raccolti per le finalità di comunicazione promozionale e/o di materiale informativo su nuovi servizi offerti dall'Associazione saranno conservati in ragione della sua funzione socio- assistenziale.

(Necessità del conferimento dei dati e base giuridica) la base giuridica del trattamento è il mandato di assistenza e l'osservanza dei relativi obblighi di legge. Il conferimento dei dati è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di perseguire le finalità indicate. La base giuridica del trattamento relativa alle attività informative si fonda sul conferimento del consenso. Lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da Lei fornito prima del ritiro. Il conferimento dei dati è facoltativo e in sua mancanza il titolare non potrà perseguire le finalità ivi indicate.

(Diritti riconosciuti all'interessato) in relazione al trattamento dei dati personali, Lei può esercitare, i diritti di cui agli art. da 15 a 22 del GDPR n. 679/2016 (ad esempio il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità ed opposizione). L'interessato ha altresì il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. E' garantito il diritto alla portabilità dei dati e a proporre reclamo ad una autorità di controllo.

(Titolare del trattamento e DPO) titolare del trattamento dei dati personali è il Gruppo ETAV Onlus in persona del legale rappresentante pro-tempore, Mail: dataprotection(@)gruppoetav.it.

Punto 1 - Fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi espressamente compresi i dati di natura particolare, con le modalità sopra indicate per il conseguimento delle finalità del presente modulo, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando l'Associazione per i Diritti del Malato del Gruppo Micu3000 a.p.s. ad accedere alle banche dati degli enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico.

Firma Assistito

.....

Punto 2 (facoltativo) consente, altresì, all'Associazione per i Diritti del Malato del Gruppo Micu3000 a.p.s. di utilizzare i predetti dati per le ulteriori attività statutarie del medesimo, nonché per attività di informazione dei propri servizi non oggetto del presente mandato e di comunicare i dati personali ad altri soggetti o organismi appartenenti all'Associazione perché li utilizzino per finalità proprie e per la promozione dei propri servizi.

Data:/...../.....

Firma Assistito

.....

Modulo da allegare obbligatoriamente ai documenti

La compilazione del modulo è facoltativa, ma la mancanza impedisce all'associazione ogni intervento



ASSOCIAZIONE PER I DIRITTI DEL MALATO - GRUPPO MICU3000 A.P.S.
Sede legale: Via Pisana Vecchia, 157 - 35047 Solesino (Pd)

Mandato di rappresentanza - conferimento incarico

(tenere agli atti la copia originale firmata dal cliente/assistito)

Il Sottoscritto/a..... nato/a il..... a.....

residente in..... Via..... n°.....

Cap: N. Doc. Identità..... Scadenza doc. (no patente di guida)

Tel..... Cell..... e-mail..... pec

(Barrare se si possiede SPID - Barrare se si possiede PEC - Barrare se il documento è CIE)

Conferisce formale mandato di rappresentanza a: **ASSOCIAZIONE PER I DIRITTI DEL MALATO DEL GRUPPO MICU3000 A.P.S. al suo Presidente o da esso delegato ed ivi dichiara di eleggere domicilio.** Si allega documento di Identità.

Con la presente s'incarica la succitata Associazione nella trattazione della controversia:

Specificare l'oggetto della controversia:

.....
.....
.....
.....
.....

In particolare, il sottoscritto/a conferisce, a tal fine all'Associazione, tutte le più ampie facoltà, nessuna esclusa, ivi comprese quelle di transigere e conciliare nel modo e nelle forme che riterrà più convenienti, nell'interesse del mandante.

Data

.....

Firma Assistito

.....

Firma Operatore

.....

Si allegano i seguenti documenti:

- Carta d'identità
- Tessera sanitaria TS/CNS
- Modulo di segnalazione (mod.104)
- Cartella clinica
- Varie prescrizioni del medico (se in possesso)
- Altro _____

Allegato obbligatorio modello privacy

Contattare la sede in caso di numero elevato di documenti.