

RICHIESTA UTILIZZO CONTATTI INDIRIZZO E-MAIL/NUMERO CELLULARE PER COMUNICAZIONI INERENTI ALLE VACCINAZIONI

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dal DPR 445/200 e s.m.i. per attestazioni e dichiarazioni false, in qualità di genitore/tutore di

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

tessera sanitaria (se disponibile) _____

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

tessera sanitaria (se disponibile) _____

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

tessera sanitaria (se disponibile) _____

acquisito l'assenso dell'altro genitore

oppure

esercitando da solo/a la responsabilità genitoriale, ai sensi della normativa vigente

richiede di ricevere le comunicazioni (convocazioni-richiami-rinvii) inerenti alle vaccinazioni del minore sopra indicato ai seguenti contatti

Posta elettronica ordinaria _____ @ _____

Posta elettronica certificata (PEC) _____ @ _____

numero di cellulare _____

data _____ firma _____

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti e non saranno trasferiti in Paesi extra UE. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

INFORMATIVA

A COSA SERVE IL MODULO

A comunicare il contatto di posta elettronica al fine di ricevere le comunicazioni (convocazioni, richiami, rinvii) inerenti alle vaccinazioni praticate dal SISP ai minori di cui si abbia la responsabilità genitoriale/tutela.

A comunicare il numero di cellulare attraverso il quale, in subordine rispetto all'utilizzo di posta elettronica, possano essere trasmesse comunicazioni (convocazioni, richiami, rinvii) inerenti alle vaccinazioni praticate dal SISP ai minori di cui si abbia la responsabilità genitoriale/tutela.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Tutti i soggetti interessati: cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari.

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere firmato in presenza del dipendente addetto allo Sportello e consegnato allo stesso.

AVVERTENZA

Si raccomanda ai genitori di comunicare eventuali variazioni dell'indirizzo di posta elettronica/numero di telefono, effettuate prima del compimento del 18° anno di età del minore.

Si avvisa, inoltre, che la presente richiesta scadrà automaticamente al compimento da parte del minore del 18° anno di età. Dopo tale data sarà necessario segnalare il nuovo indirizzo di posta elettronica/cellulare da utilizzare.

RIFERIMENTI:

CALL CENTER VACCINAZIONI – C.so Francia, 10 – 12100 – Cuneo

Telefono: 0171/078680

Email: vaccinazioni@aslcn1.legalmailpa.it

Orario: dal lunedì al venerdì 8-17