

RICHIESTA ESTRATTO REFERATO TEST DI SCREENING SU CERVICE UTERINA

La sottoscritta (nome) _____ (cognome) _____
nata il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
via _____ n. _____ Numero cellulare _____
desidera ricevere estratto del referto del test del Programma di Screening dei tumori del
collo dell'utero eseguito presso il centro di _____ in data _____
tramite mail al seguente indirizzo di posta elettronica:

Dichiara che tale indirizzo mail è utilizzato esclusivamente dal/la sottoscritta a fini personali.

Allega una fotocopia del documento d'identità.

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

“I dati personali raccolti nel presente modulo saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679, alla normativa italiana sulla privacy e ai provvedimenti in materia del Garante per la Protezione dati Personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal titolare del trattamento sulla base delle norme vigenti, con le finalità, le modalità, le definizioni e le garanzie sui diritti contenute nell'Informativa per la protezione dei dati personali, affissa nei locali dell'ASLCN1 e disponibile sul sito dell'ASLCN1 al link <https://www.aslcn1.it/protezione-dei-dati-personali>.

La raccolta dei suoi dati personali è finalizzata all'invio dell'estratto del referto del test di screening su cervice uterina.

INFORMATIVA

A COSA SERVE IL MODULO

A richiedere l'invio tramite mail dell'estratto del referto del test di screening dei tumori del collo dell'utero di primo livello eseguito nell'ambito del Programma.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

I soggetti interessati e aderenti al Programma di Screening dei tumori del collo dell'utero.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo, compilato e datato, può essere:

- a) consegnato all'ufficio S.S.D. U.V.O.S. e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo organizzazione.screening@aslcn1.it allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo organizzazione.screening@aslcn1.it

AVVERTENZE

Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.

Il ricevimento della richiesta di estratto referto del test di screening su cervice uterina è subordinato alle tempistiche necessarie alla refertazione dello stesso dopo l'esecuzione.

RIFERIMENTI

S.S.D. U.V.O.S.

Via Castello di Godego, 8 – 12012 BOVES (CN)

TEL. 0171.1988099

E-mail: organizzazione.screening@aslcn1.it