

RICHIESTA MODIFICA INDIRIZZO PER RICEVIMENTO ESITO TEST DI SCREENING

Il/La sottoscritt_ (nome) _____ (cognome) _____

nat_ il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____ Numero cellulare _____

desidera ricevere i futuri esiti dei test effettuati nel Programma di Screening all'indirizzo fisico di seguito specificato:

Via _____ n. _____

Città _____ prov. _____ CAP _____

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 alla modifica dell'indirizzo per il ricevimento dell'esito del test di screening..

INFORMATIVA

A COSA SERVE IL MODULO

A richiedere la modifica dell'indirizzo fisico per il ricevimento della lettera di esito relativa all'ultimo test di screening di primo livello eseguito.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

I soggetti interessati e aderenti ai Programmi di Screening.

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.

L'assolvimento della richiesta è temporaneo e subordinato all'anticipo del ricevimento della stessa rispetto al normale invio della lettera di esito all'indirizzo di residenza/domicilio e alle tempistiche necessarie alla refertazione del test dopo l'esecuzione. Con l'invito all'esecuzione del test successivo per ciascun ambito di screening fruibile verrà ripristinato l'indirizzo di residenza/domicilio per tutte le comunicazioni.

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