

## **RICHIESTA REINSERIMENTO NEL PROGRAMMA DI SCREENING**

Il/La sottoscritt\_ (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Numero cellulare \_\_\_\_\_

dichiarA di voler essere reinselit\_ nel Programma di Screening dei tumori

(barrare la casella inerente al tipo di screening nel quale vuole essere reinserito/a)

- del collo dell'utero
- della mammella
- del colon-retto

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 al reinserimento nel Programma di Screening.

## INFORMATIVA

### **A COSA SERVE IL MODULO**

A comunicare la volontà di essere reinserito/a nel Programma di Screening specificato al fine di ricevere le comunicazioni previste dal protocollo regionale.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

I soggetti interessati e coinvolti nella popolazione obiettivo dei Programmi di Screening.

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

Il modulo, compilato e datato, può essere:

- 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)
- firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo [organizzazione.screening@aslcn1.it](mailto:organizzazione.screening@aslcn1.it) allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo [organizzazione.screening@aslcn1.it](mailto: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.

Per usufruire delle prestazioni di primo livello del Programma di Screening è possibile contattare il Call-Center regionale al numero 800 001141 o attendere il ricevimento della lettera di invito.

Per essere esclusi definitivamente dai Programmi di Screening è necessario utilizzare il modulo di richiesta di esclusione definitiva.

### **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](mailto:organizzazione.screening@aslcn1.it)