

Quale modalità attraverso cui chiede sia recapitata la comunicazione di cui sopra:

- l'invio alla casella di posta elettronica ordinaria:

- l'invio alla casella di posta elettronica certificata:

- l'invio in forma cartacea all'indirizzo postale della propria residenza

- l'invio in forma cartacea al seguente domicilio :

Luogo e data _____

Firma _____

Allega: copia di un documento di identità

Informativa sul trattamento dei dati personali Regolamento UE 16/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali”

I dati personali conferiti con il presente modulo sono trattati da Azienda provinciale per i servizi sanitari in qualità di Titolare del Trattamento, esclusivamente per finalità connesse allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, proprie del procedimento oggetto della istanza. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed in mancanza degli stessi l’Azienda non potrà avviare il procedimento e dare seguito alla istanza presentata. Il trattamento avverrà secondo modalità informatiche e manuali ad opera degli incaricati del trattamento, e nel rispetto delle misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza dei dati medesimi. I dati conferiti potranno essere oggetto di comunicazione o diffusione se previsto quale obbligo di legge, ovvero trattati in forma anonima. All’interessato sono riconosciuti i diritti di cui al Reg. UE16/679 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati, di chiederne la rettifica, l’aggiornamento o la cancellazione se erronei, incompleti o raccolti in violazione di norme di legge, opporsi al trattamento, rivolgendo istanza al Titolare del Trattamento.