

## INFORMATIVA E CONSENSO

### ai sensi del CODICE PRIVACY (D.Lgs 196/2003) e successive modifiche

Gentile signore, desideriamo informarla che la legge citata prevede la tutela dei dati personali che la riguardano, nel pieno rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e della sua dignità, oltre che delle norme sul segreto professionale.

L'Azienda sanitaria ULSS 12 veneziana è titolare dei dati che la riguardano.

Lei ha diritto in ogni momento di ottenere la conferma dell'esistenza dei dati che la riguardano e la loro comunicazione in maniera intelligibile; ha inoltre diritto di conoscere le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza.

Lei ha inoltre diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che la riguardano.

Il trattamento dei dati che la riguardano da parte della Commissione Medico Locale Patenti dell'Azienda ULSS 12 Veneziana è consentito soltanto per lo svolgimento delle funzioni istituzionali o quando è prevista da una norma di legge o di regolamento (normativa per l'accertamento dei requisiti fisici e psichici necessari al possesso del documento di circolazione).

I dati personali oggetto di trattamento sono custoditi e controllati in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

Il sottoscritto, quindi, acquisite le informazioni necessarie,

### **ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali idonei a rivelare lo stato di salute.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**La dichiarazione di chi non sa o non può firmare** deve essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante e con indicazione della causa dell'impedimento a sottoscrivere.

Estremi di un documento del dichiarante: \_\_\_\_\_

Causa dell'impedimento a sottoscrivere: \_\_\_\_\_

TIMBRO

FIRMA DELL'ADDETTO