

ALTRI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Familiare a carico del dichiarante

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 del 27/04/2016,
relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali**

L'ASST Rhodense, quale Titolare del trattamento, informa che i dati dell'interessato saranno utilizzati con modalità cartacee e telematiche nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 i dati personali saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente, raccolti per le finalità determinate, esplicite e legittime, adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per i quali sono stati trattati, conservati per l'arco temporale previsto dalla normativa di riferimento e trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati stessi.

I dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi ad eccezione dei casi previsti dalla Legge.

Ai sensi dell'art. 15 del citato Regolamento UE 2016/679, l'interessato può chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso, la rettifica, la limitazione del trattamento dei dati personali e il periodo di conservazione, non potrà esercitare il diritto alla cancellazione dei dati in quanto il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nella sanità pubblica (art. 17, comma 3, lettera c, Regolamento UE 2016/679).

L'interessato può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio relazioni con il pubblico dell'ASST.

_____ (luogo e data)

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Dichiarazione resa dall'interessato identificato con:

1) documento di identità in **corso di validità** _____ n. _____ rilasciato

da _____ in data _____

2) documento di identità non **in corso di validità**

si attesta e conferma dei dati contenuti nel documento di identità _____

n. _____ rilasciato da _____ in data _____

IL DICHIARANTE

Da: operatore _____ Sede _____ Data _____