

SCHEMA RILEVAZIONE DATI

(Discenti A.S.L. – Discenti esterni A.S.L. – Docenti – Relatori – Tutor – Responsabili Scientifici)

DA RESTITUIRE

a: Unità Operativa Psichiatria e Neuropsichiatria infantile

ASL Varese

Via O. Rossi, 9 - 21100 - VARESE

Tel. 0332277.738 - 257

Fax 0332/277550

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: Via _____ n. _____

Città _____ CAP _____

RECAPITO TELEFONICO _____

PROFESSIONE _____

DISCIPLINA _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/SERVIZIO/UNITA' OPERATIVA _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

TITOLO DELL'EVENTO FORMATIVO: _____

AUTISMO: DIAGNOSI PRECOCE E TRATTAMENTI NELL'INFANZIA. BISOGNI E SERVIZI NELL' ETA' ADULTA.

FIRMA _____

DATA _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(Decreto Legislativo 196/03)

Il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", nel disciplinare il diritto alla riservatezza ha previsto che la raccolta ed il trattamento di dati personali di qualsiasi tipo in banche dati, sia elettroniche che cartacee, debba essere preceduto dalla prescritta informativa e, nei casi in cui è richiesto, dal consenso espresso della persona alla quale i dati si riferiscono.

Tutte le informazioni raccolte nonché quelle che emergono o potrebbero emergere ai fini dell'espletamento delle attività formative saranno trattate in conformità alle norme per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali (Decreto Legislativo 196/03 e sue successive modificazioni ed integrazioni).

In particolare, Le chiediamo di tenere conto di quanto segue:

a) Finalità e modalità del trattamento

I Suoi dati personali (generalità, informazioni anagrafiche, informazioni da curriculum vitae) risultano indispensabili per esperire gli adempimenti amministrativi connessi all'azione formativa, per la pratica di accreditamento ECM/CPD nonché per i connessi obblighi di legge e saranno trattati ed archiviati, in forma cartacea e/o informatizzata, per l'esclusiva finalità connessa all'attività formativa stessa.

b) Ambito di comunicazione e diffusione

I dati personali saranno resi disponibili alla Regione Lombardia, ad ÉUPOLIS LOMBARDIA, ed ai Soggetti/Enti a diverso titolo interessati all'evento/progetto formativo.

c) Diritti dell'interessato

Lei potrà, in qualsiasi momento, avvalersi della facoltà di:

- essere informato con riferimento al Titolare, al Responsabile, alle modalità e finalità del trattamento,
- ottenere, a cura del Titolare o del Responsabile del trattamento, la conferma dell'esistenza e la comunicazione di dati personali che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione dei dati,
- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

d) Titolare e Responsabile del trattamento dei dati

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale A.S.L. Varese con sede in Varese – Via O. Rossi, n. 9.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI/SENSIBILI

Io sottoscritto _____

con riferimento all'informativa ricevuta, avendo preso atto che ai fini dell'espletamento dell'attività formativa, è necessario il trattamento da parte dell'A.S.L. Varese dei miei dati personali:

AUTORIZZO l'A.S.L. VARESE al trattamento dei dati personali/sensibili ai sensi del Decreto Legislativo n.196/03 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Dichiaro che mi sono state preventivamente rese, con la nota informativa di cui sopra che si considera parte integrante e sostanziale della presente dichiarazione, le prescritte informazioni circa le caratteristiche, finalità, modalità del trattamento, comunicazione e diffusione dei dati.

FIRMA _____

DATA _____
