

_____, data _____

A Segreteria Organizzativa COMEC
Via Dei Cappuccini, 79
50053 Empoli (FI)
Coordinatore Prof. Matteo Galletti
comitatoeticaclinica@uslcentro.toscana.it

Il/La sottoscritt ____ Sig./Sig.ra - Dr/Dr.ssa _____

residente in _____ via _____ n. _____

e.mail _____

tel. _____ cell. _____

richiede quanto segue:

Si allega alla presente:

- informativa e consenso firmato per elaborare la richiesta, versione _____ del _____
- copia del documento di identità;
- storia/dubbio etico (da compilare ed allegare solo nei casi specifici) – (si vedano in proposito le indicazioni fornite al presente allegato);
- altro _____

Il/La richiedente dichiara di essere a conoscenza e di impegnarsi al rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali in ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento Europeo 679/2016 e dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. nonché dei provvedimenti delle Autorità di Controllo e della prassi applicabile.

Si impegna, altresì e in particolare, al rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, finalità, minimizzazione ed esattezza.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 pubblicata al seguente indirizzo: <http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>.

Cordiali saluti

Firma _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la presente richiesta è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta e/o e.mail.