SOS ETICA E CURA

RICHIESTA PARERE AL COMITATO PER L'ETICA NELLA CLINICA

ALLEGATO B) - MODULISTICA RICHIESTA OPERATORE

_____, data _____

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

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra - Dr/Dr.ssa _____

unità operativa _____

e.mail _____

tel. _____ cell. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

richiede quanto segue:

Si allega alla presente:

- caso clinico (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.

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro o scansionando il QR code a margine.

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.