

RICHIESTA ESCLUSIONE DEFINITIVA DAL PROGRAMMA DI SCREENING

Il/La sottoscritt_ (nome) _____ (cognome) _____

nat_ il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____ Numero cellulare _____

dichiara di voler essere esclus_ definitivamente dal Programma di Screening dei tumori

(barrare la casella inerente al tipo di screening dal quale vuole essere escluso/a)

- del collo dell'utero
- della mammella
- del colon-retto

Allega una fotocopia del documento d'identità.

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

“I dati personali raccolti nel presente modulo saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679, alla normativa italiana sulla privacy e ai provvedimenti in materia del Garante per la Protezione dati Personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal titolare del trattamento sulla base delle norme vigenti, con le finalità, le modalità, le definizioni e le garanzie sui diritti contenute nell'Informativa per la protezione dei dati personali, affissa nei locali dell'ASLCN1 e disponibile sul sito dell'ASLCN1 al link <https://www.aslcn1.it/protezione-dei-dati-personali>.

La raccolta dei suoi dati personali è finalizzata all'esclusione definitiva dal Programma di Screening.

INFORMATIVA

A COSA SERVE IL MODULO

A comunicare la volontà di essere escluso/a definitivamente dal Programma di Screening specificato al fine di non ricevere le comunicazioni previste dal protocollo regionale.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

I soggetti interessati e coinvolti nella popolazione obiettivo dei Programmi di Screening.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo, compilato e datato, può essere:

- a) consegnato all'ufficio S.S.D. U.V.O.S. e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo organizzazione.screening@aslcn1.it allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo organizzazione.screening@aslcn1.it

AVVERTENZE

Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.

Per essere reinseriti nei Programmi di Screening dopo una richiesta di esclusione definitiva è necessario utilizzare il modulo di richiesta di reinserimento.

RIFERIMENTI

S.S.D. U.V.O.S.

Via Castello di Godego, 8 – 12012 BOVES (CN)

TEL. 0171.1988099

E-mail: organizzazione.screening@aslcn1.it