

## **RICHIESTA ESITO TEST DI SCREENING VIA MAIL**

Il/La sottoscritt\_ (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_ Numero cellulare \_\_\_\_\_

desidera ricevere copia dell'esito del test del Programma di Screening dei tumori  
(barrare la casella inerente al tipo di screening nel quale vuole essere reinserito/a)

del collo dell'utero

della mammella

del colon-retto

eseguito presso il centro di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

all'indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

Dichiara che tale indirizzo mail è utilizzato esclusivamente a fini personali.

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'invio dell'esito del test di screening via mail.

## **INFORMATIVA**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

A richiedere l'invio tramite mail della lettera di esito di un test di screening di primo livello eseguito nell'ambito del Programma.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

I soggetti interessati e aderenti ai 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](mailto: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](mailto: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.

Il ricevimento della richiesta è subordinato alle tempistiche necessarie alla refertazione del test dopo l'esecuzione.

### **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](mailto:organizzazione.screening@aslcn1.it)