***Spett.le AMMINISTRAZIONE COMUNALE DI***

# ***CEDEGOLO***

Il/La sottoscritto/a......................................................................................................... nato/a a .................................................. il ........................................................ residente a Cedegolo in Via......................................................................................... tel. ...................................................... C.F. ………………………………………………..

## CHIEDE

Il servizio di prelievo ambulatoriale comunale per l’anno 20\_\_

Ai tal fine, sotto la propria responsabilità dichiara:

* Di essere assistito dal medico di base Dr. ......................................................
* Di essere a conoscenza che il servizio è ( barrare una sola opzione):

□ a pagamento ed il costo è pari ad € 5,00 a prelievo (meno di 65 anni).

□ gratuito (ultra 65 anni).

Cedegolo, ...........................................

IL/LA RICHIEDENTE

...................................................

***Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE***

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Cedegolo saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.  
Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.  
Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Cedegolo.  
L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.  
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo www.cedegolo.gov.it.  
Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DPO** | **P.IVA** | **Via/Piazza** | **CAP** | **Comune** | **Nominativo del DPO** |
| LTA S.r.l. | 14243311009 | Via della Conciliazione, 10 | 00186 | Roma | Ghirardini Daniela |