



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ Prov. _____

il _____ Residente a _____

In Via/Piazza _____

Recapiti telefonici _____

e-mail _____

Chiede che

Il/la proprio/a figlio/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

CODICE FISCALE _____

possa partecipare al **Laboratorio/Attività:**

AZIONE _____ SEDE _____

Data _____ Firma del genitore _____

Il Sottoscritto _____, ad ogni effetto di legge o di regolamento, ed in particolare ai sensi del normativa vigente sulla Privacy, dichiara che il proprio libero, consapevole, informato, specifico e incondizionato consenso al trattamento dei dati sensibili propri e del minore iscritto

è prestato è negato

Il sottoscritto dichiara che il proprio consenso all'invio di materiale informativo ed inserimento in una mailing list, nei limiti modi previsti dall'informativa è prestato è negato

Il sottoscritto dichiara che il proprio consenso alla diffusione di materiale multimediale realizzato per documentare il laboratorio/attività è prestato è negato

Data e luogo _____ Firma dell'interessato _____

Indico inoltre le seguenti persone autorizzate ad accompagnare e/o ritirare mio/a figlio/a:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Dichiaro che mio/a figlio/a:

è allergico

è intollerante

Dichiaro di versare €15,00 per l'assicurazione prima dell'inizio delle attività estive tramite bonifico bancario al seguente

IBAN: IT 58 J 0335 9016 0010 0000 0709 68

Intestato a Cipss Società Cooperativa sociale

Causale: assicurazione centro estivo Penna in Teverina

Data

Firma

Informativa agli utenti sul trattamento dei dati personali

(art. 13 e 14 - Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 Giugno 2003, n. 196, modificato dal Decreto legislativo 10 Agosto 2018, n. 101 - Codice della privacy art. n. 7) e 24 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali informa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento che procederà al trattamento dei dati personali)

Gentile signora/signore,

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA

Il GDPR - Regolamento UE 2016/679 e gli articoli 78 e 79 del Codice della Privacy, come modificato dal D.lgs 101/2018 stabiliscono i criteri dell'informativa ai pazienti e utenti dei servizi erogati da Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie.

I Suoi dati personali, comunicati da Lei e/o dal Servizio Inviante saranno trattati per le seguenti finalità:

- Erogazione di servizi terapeutici/riabilitativi;
- Erogazione di servizi educativi;
- Erogazione di servizi assistenziali;
- espletare gli adempimenti amministrativi e gestionali, svolgere attività di monitoraggio e valutazione dei servizi sanitari erogati; per tale finalità, la base giuridica del trattamento è costituita dalla necessità per adempiere ad obblighi legali e/o contrattuali cui è soggetto il titolare del trattamento.

Tutti i trattamenti sopra illustrati perseguono infatti finalità primarie per le quali l'art. 6, comma 1, lettere b), c) e) ed f) del Regolamento escludono la necessità di acquisire un consenso specifico, o perché il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria.

CATEGORIE DI DATI

I dati sono personali: (nome, cognome, indirizzo, etc.); relativi lo stato di salute e le terapie previste dal Servizio Sanitario che tiene in cura il paziente/utente; di carattere giudiziario (per particolari attività terapeutiche).

I dati personali definiti come "dati sensibili" o come "dati giudiziari" ossia categorie particolari di dati di cui all'articolo 9 del Regolamento (UE) 2016/679 e ai dati di cui all'articolo 10 del medesimo regolamento. e quelli che saranno forniti in seguito, saranno trattati dal Titolare secondo quanto previsto dalle disposizioni del Codice e del Regolamento ed in considerazione delle finalità di rilevante interesse pubblico che il Titolare persegue.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario all'assolvimento di obblighi di legge, ovvero secondo quanto previsto in termini di conservazione per la documentazione sanitaria prodotta.

NATURA DELLA COMUNICAZIONE DEI DATI E CONSEGUENZE SUL MANCATO CONFERIMENTO

La comunicazione dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è obbligatoria. Il loro mancato conferimento comporta, a seconda dei casi, l'impossibilità di accedere alle prestazioni sanitarie.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza.

CATEGORIE DEI DESTINATARI

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni e secondo i profili attribuiti agli stessi, nonché, nei casi stabiliti da leggi, regolamenti o per svolgimento di funzioni istituzionali, alle seguenti categorie di soggetti esterni:

- a) soggetti pubblici (Aziende Sanitarie) e Servizi Sociali Territoriali;
- b) Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita;
- c) Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE

I Suoi dati personali non saranno oggetto/di trasferimento presso Paesi Terzi non europei.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Lei ha il diritto (ai sensi degli artt. 15 - 22 del GDPR) di chiedere all'Azienda di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto.

SOGGETTI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è CIPSS Cooperativa Sociale Via della Doga, 53/57 05035 Narni scalo (TR).

Relativamente ai dati conferiti, l'interessato può contattare il DPO nominato inviando apposita istanza scritta al numero di fax 0744 754231 o al seguente indirizzo email: cipss@cipss.org

io sottoscritto nome..... Cognome.....

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa della scrivente società circa trattamento dei miei dati personali nelle modalità e finalità sopra riportate.

Firma leggibile dell'utente

(Contrassegnare la voce che interessa nel caso di minore)

Firma leggibile del genitore se l'utente è minore di 14 anni

Firma leggibile del tutore legale se l'utente minore è incapace

Narni, li ____/____/____