

All. n. 2

DELEGA ALL'INOLTRO DI UN RECLAMO O SEGNALAZIONE A PARENTI, AFFINI, CONOSCENTI

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente in ..... via ..... tel. ....

documento di identità ..... n. ....

(che allego in fotocopia ai sensi dell'art.38 comma III°DPR 28/12/2000 n. 445)

rilasciato da..... il .....

- a presentare questo reclamo **delega:**

- a presentare questo reclamo e a ricevere risposta

il sig. ....

nato a ..... il .....

documento di identità ..... n. ....

rilasciato da..... il .....

residente a..... via..... tel.....

**In relazione alla segnalazione oggetto della presente delega, io sottoscritto autorizzo l'Azienda ASL Latina, a cui questa segnalazione è destinata, al trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti di cui al Dlg. 196/2003 secondo l'informativa riportata di seguito.**

Il Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 denominato "Codice in materia di protezione dei dati personali", disciplina le modalità attraverso le quali le pubbliche amministrazioni devono garantire alle persone la riservatezza nel trattamento dei dati **personali** (nome, cognome, età, sesso etc) e **sensibili** (stato di salute, fede religiosa, etc) eventualmente forniti dai cittadini.

La informiamo, pertanto, ai sensi dell'art. 13 del decreto citato che:

*I dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per:*

- Verificare le circostanze del disservizio segnalato, fornirLe la risposta, elaborare le relazioni periodiche sulla partecipazione dei cittadini al miglioramento dei servizi (nell'ambito delle quali non appaiono riferimenti ai nominativi delle persone autrici delle segnalazioni);
- Per il trattamento dei dati verranno utilizzati supporti cartacei, informatici e/o telematici, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza;
- Fornire i dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto di fornirli o non autorizzarci espressamente al trattamento per le finalità indicate non ci consentirà di darLe una risposta alla segnalazione;
- I dati da Lei forniti saranno comunicati, solo se necessario ai fini della verifica delle circostanze segnalate, esclusivamente alle persone, che come noi, sono tenute alla riservatezza nell'ambito degli altri servizi dell'Azienda;
- In ogni momento potrà, ai sensi dell'art. 7 del DLgs. 196/03: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano; ottenere la comunicazione dei dati forniti in forma agevolmente comprensibile; verificare i dati forniti o modificarli chiedendone la correzione, l'integrazione, la cancellazione o il blocco;

Titolare del trattamento dei Suoi dati è l'Azienda Asl di Latina mentre per le esigenze di cui all'ultimo punto potrà rivolgersi al Responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.

**Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili**      sì       no

**Luogo e data**

**Firma del delegante**

All. fotocopia documento di identità (valido) del delegante.

Sono considerati validi documenti di identità personale

- carta d'identità
- patente di guida
- tessera ferroviaria
- tessera postale
- tessera previdenziale (libretto di pensione)
- tessera di ordini professionali con personalità giuridica pubblica
- altri documenti rilasciati da Pubbliche Amministrazioni recanti la foto dell'interessato con timbratura a secco e completi della firma del funzionario competente al rilascio
- carta di identità magnetica