

**MODULO DI DOMANDA E ISCRIZIONE A PRONTO SALUTE
(da consegnare in Farmacia)**

Il sottoscritto/a

nome: _____ cognome: _____

data di nascita: _____ località: _____

residente a: _____ via /p.zza _____

tel.: _____

dichiara di essere:

- Disabile da solo o in famiglia in possesso dei requisiti di certificazione
- Anziano/a oltre 65 anni in assistenza domiciliare comunale
- Anziano/a oltre 70 anni che vive solo e/o in particolare condizioni di difficoltà per motivi salutarì o sociali
- Assistito/a ANT o ARAD

Chiede di essere inserito nelle liste del Servizio Pronto Salute e a tal fine dichiara:

1. di accettare eventuali controlli per l'autocertificazione;
2. di conoscere e accettare le norme che regolano il servizio;
3. di consentire ad AFM S.p.A. l'utilizzo dei propri dati personali, ai soli fini dell'espletamento del servizio;
4. di comunicare ad AFM S.p.A. il venir meno delle condizioni suddette.

In fede.

Luogo e data _____

Firma _____

Firma del genitore o di chi ne fa le veci _____
(in caso di impossibilità dell'avente diritto)

(per ricevuta)

Luogo e data _____

Cognome e Nome _____

TIMBRO E FIRMA FARMACIA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AL FINE DI ESPLETARE IL SERVIZIO PRONTO SALUTE POSTO IN ESSERE DA AFM S.p.A. Bologna

Spett.le AFM S.p.A.

Io sottoscritto interessato, acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 D. Lgs. N.196/2003, ai sensi dell'Art. 23, presto il mio consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili legati alla mia salute, conferiti nel presente modulo per le finalità ivi dichiarate.

A tal fine, preso atto che i miei dati personali saranno conservati ed elaborati nella massima riservatezza e che non saranno diffusi, acconsento esplicitamente che vengano comunicati alle organizzazioni di volontariato che si affiancheranno a Voi nell'espletamento del servizio per la consegna al mio domicilio dei farmaci e degli altri prodotti dell'area sanitaria e salutare.

Presto il mio consenso anche alla spedizione al mio domicilio di materiale informativo legato ai servizi da Voi predisposti.

In fede.

Luogo e Data _____

Firma _____

Firma del genitore

o di chi ne fa le veci _____

(in caso di impossibilità dell'avente diritto)

**PRONTO
SALUTE**



INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI
al fine di consentire lo svolgimento del Servizio Pronto Salute
INFORMATIVA Art. 13 D. Lgs. N. 196 del 30/06/2003

Gentile utente, dopo averLe illustrato come funziona il servizio "Pronto Salute" vorremmo fornirLe alcune brevi informazioni come richiede il D. Lgs. N. 196/2003 in relazione al trattamento dei dati personali, anche sensibili, da Lei forniti. Ai sensi dell'Art. 13 della precitata legge siamo a comunicare le seguenti informazioni:

- **Finalità** La raccolta dei dati personali, anche sensibili, avverrà allo scopo di fornire i servizi "Pronto Salute" illustrati nel presente depliant, per future comunicazioni ed invio di materiale illustrativo ed informativo legato al servizio, per fini statistici e per indagini sulla soddisfazione dell'utenza.
- **Natura** Il conferimento dei dati ha natura facoltativa. L'eventuale rifiuto provocherà, comunque, l'impossibilità, per il farmacista preposto al numero verde, di poterLa identificare con l'impossibilità di fornire il servizio richiesto.
- **Modalità** Il trattamento avverrà mediante sistema informatizzato con inserimento automatico dei dati in una banca dati interna non accessibile al pubblico, oltre all'inserimento in una custodita banca dati cartacea.
- **Comunicazioni** I suoi dati non saranno diffusi o comunicati a nessun altro soggetto se non chiedendole espressamente il consenso, salvo associazioni che collaboreranno con noi per l'espletamento del servizio, nonché alle autorizzate Pubbliche Amministrazioni.
- Il **titolare** del trattamento è AFM S.p.A., con sede in Bologna (BO), Via del Commercio Associato n° 22-28, tel 051.6372011, fax 051.6332254, e-mail afmspa@afmspa.it.
- Il **responsabile** del trattamento, anche ai sensi dell'art. 7, è il *dott. Leonardo Ferrandino* domiciliato per la carica in Bologna (BO), Via Del Commercio Associato n° 22-28, tel 051.6372978, fax 051.6332254, e-mail Leonardo.Ferrandino@admentaitalia.it.
- **Diritti dell'interessato** : al titolare ed ai responsabili del trattamento dei dati Lei potrà rivolgersi gratuitamente per difendere i suoi diritti nelle forme e nei termini previsti dall'art. 7 D. Lgs. N. 196/2003 tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, nonché di avere informazioni sul titolare e sul trattamento, l'aggiornamento, la rettificazione/integrazione dei dati o la loro cancellazione/trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati e di opporsi al trattamento.

Ringraziandola per la cortese attenzione restiamo a disposizione per ogni chiarimento e La salutiamo con viva cordialità.

AFM S.p.A. Bologna