

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICO-CHIRURGICHE E MEDICINA TRASLAZIONALE
SAPIENZA UNIVERSITA' DI ROMA

Modello per comunicazione ex art. 3 L.136/2010

Fornitore:
inserito /modif. il

AVVERTENZE:
LE EVENTUALI VARIAZIONI DEI DATI DEVONO ESSERE
COMUNICATE TEMPESTIVAMENTE UTILIZZANDO
ESCLUSIVAMENTE COPIA DEL PRESENTE MODELLO.

RAGIONE SOCIALE /
DENOMINAZIONE
SOCIALE _____

Indirizzo: Via/Piazza _____ n. _____
Cap _____ Città _____ Pr. _____

Part. IVA _____ Cod. Fiscale _____
Telefono _____
Fax _____ Cell. _____
Mail _____ Referente _____

Conto Corrente Dedicato (ai sensi della Legge 136/2010) n. _____.

Istituto _____ Ag. _____ IBAN _____

Persona/e delegata/e ad operare sul conto:

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo _____ Pr. _____

Residenza: Comune _____ Pr. _____

Indirizzo _____ Nr. _____

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo _____ Pr. _____

Residenza: Comune _____ Pr. _____

Indirizzo _____ Nr. _____

Timbro e/o firma _____

Trattamento dei dati personali - Informativa ex art. 13 D.Lgs 196/2003

La informiamo con la presente che il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Ai sensi della predetta normativa, il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. Finalità e modalità del trattamento dei dati

I dati personali da Lei forniti saranno trattati esclusivamente per finalità strettamente connesse e strumentali all'esecuzione del servizio richiesto:

- per fornire le informazioni desiderate;
- per effettuare i pagamenti previsti

Il trattamento sarà effettuato tramite supporti cartacei ed informatici dal titolare, dal responsabile e dagli incaricati con l'osservanza di ogni misura cautelativa, che ne garantisca la sicurezza e riservatezza.

2. Natura della raccolta dei dati e conseguenze di un eventuale mancato conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio al fine di adempiere alle Sue richieste nonché, in generale, agli adempimenti di legge.

Il loro eventuale mancato conferimento comporterà l'impossibilità di fornire il servizio richiesto.

3. Comunicazione e diffusione dei dati

I Suoi dati personali potranno essere comunicati per le finalità sopra indicate ai nostri collaboratori e dipendenti appositamente incaricati nell'ambito delle relative mansioni;

I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione.

4. Diritti dell'interessato

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti;
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. L. 30 giugno 2003 n. 196 e all'utilizzo del materiale da me fornito nell'ambito professionale con il Dipartimento di Scienze medico-chirurgiche e di Medicina Traslazionale – Università "La Sapienza" di Roma

si

no

La sottoscrizione della presente impegna anche alla comunicazione di ogni possibile variazione dei dati sopra esposti, mediante comunicazione di un nuovo modello.

Timbro e/o firma _____