

MODULO ISCRIZIONE CORSI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

NOME:

DATA E LUOGO DI NASCITA:

CITTADINANZA.....

RESIDENTE A:

IN VIA:

DATA UM:(settimane grav.).....

N. GRAVIDANZE**N. E TIP. PARTO**.....

C.F.:

DATA PRESUNTA PARTO.....

TELEFONO.....

INDIRIZZO E-MAIL:

Data **FIRMA**..... **Da inviare a**

corsonascita@asl.rieti.it

NOTE O RICHIESTE:

.....
.....

INFORMATIVA ATTIVITÀ CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA E

GRUPPI DI NEOGENITORIALITA'

(Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE)

Gentile Utente, con la presente il Consultorio Familiare della Azienda Sanitaria Locale di Rieti, intende fornirle alcune informazioni sull'utilizzo che verrà fatto dei Suoi dati personali per l'attivazione e gestione delle attività inerenti i corsi di accompagnamento alla nascita e gli incontri per i neogenitori, anche in ossequio alla vigente normativa emergenziale orientata alla necessità di ridurre gli accessi fisici nelle sedi sanitarie limitandoli ai casi strettamente necessari nonché per la gestione organizzativa e tecnica dell'attività.

La concessione delle informazioni richieste è assolutamente facoltativa, i dati acquisiti nell'ambito di questo trattamento non saranno soggetti a diffusione o comunicati a terzi e saranno conservati solo fino all'avvenuto svolgimento delle attività in questione fatta salva la conservazione ai fini documentali.

I dati personali sono raccolti per la gestione organizzativa, amministrativa dei servizi da lei richiesti.

I suoi dati personali non saranno diffusi; potranno essere comunicati solo qualora vi siano degli obblighi di legge o ad altri servizi che collaborano con noi nella realizzazione delle attività.

I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.

Ogni interessato ha sempre il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento esercitabile, in particolare, anche richiedendo in qualsiasi momento la cancellazione delle attività già programmate.

Tutti i diritti in questione potranno essere esercitati rivolgendosi al servizio di riferimento ai recapiti tel. 0746/279445 e anche direttamente alla Titolare del trattamento dei Dati riferiti ai corsi in oggetto raggiungibile all'indirizzo m.camerotto@asl.rieti.it

Consenso al trattamento

IL sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente a _____ via/piazza _____

esprime il proprio consenso per il trattamento dei propri dati personali (anagrafici e di contatto: nome, codice fiscale, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC,) per le seguenti finalità:

- esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita in presenza o in modalità digitale (attraverso la piattaforma Microsoft Teams per i corsi e gli incontri e attraverso applicazioni di messaggistica istantanea utilizzate per la diffusione delle informazioni di servizio all'interno del gruppo)

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

- esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, alla partecipazione agli incontri per i neogenitori in presenza o in modalità digitale (attraverso la piattaforma Microsoft Teams per i corsi e gli incontri e attraverso applicazioni di messaggistica istantanea utilizzate per la diffusione delle informazioni di servizio all'interno del gruppo)

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

- esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, allo screening per la prevenzione della depressione post partum, agli accertamenti psicodiagnostici e alla successiva presa in carico di primo o secondo livello, ove necessario

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data

Firma

DA RESTITUIRE COMPILATO E FIRMATO VIA MAIL A: corsonascita@asl.rieti.it