

Indirizzo: Via Collodi, 13 – 17100 Savona **Tel:** 019.840.5992

e-mail: elezionicovid@asl2.liguria.it

Oggetto: Consultazioni elettorali e referendarie del 12 Giugno 2022.

Si invia in allegato modulo per informazioni ed autorizzazione ad inviare documenti sanitari tramite posta elettronica non certificata, da compilare a cura dell'interessato e restituire all'indirizzo e-mail: elezionicovid@asl2.liguria.it unitamente alla documentazione sanitaria per esercizio domiciliare del diritto di voto da parte degli elettori sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di isolamento fiduciario per Covid-19, specificando:

nome e cognome

codice fiscale

numero telefonico

domicilio di residenza

domicilio di isolamento se è diverso da quello di residenza

copia carta d'identità

certificato dei trattamenti dati

Distinti saluti.



Il Direttore
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Dott.ssa Virna Frumento

INFORMAZIONI ED AUTORIZZAZIONE AD INVIARE DOCUMENTI SANITARI TRAMITE POSTA ELETTRONICA NON CERTIFICATA

Gentile Utente ASL2 la informa, ex art 13 del RGPD UE 679/2016 che le Linee guida in tema di referti on line emanate il 19.11.2009 dal Garante Italiano per la protezione dei dati stabiliscono quanto segue:

“qualora la struttura sanitaria intenda inviare copia di un referto / documento sanitario alla casella di posta elettronica di un paziente, a seguito di una sua richiesta, deve osservare le seguenti cautele:

1. spedire il referto in forma di allegato a un messaggio e-mail e non come testo nella body part del messaggio;
2. proteggere il file contenente il referto con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse, da parte di soggetti diversi da quello cui sono destinati, quali ad esempio una password per l'apertura del file ovvero una chiave crittografica.
3. non osservare tale ultima cautela qualora l'interessato ne faccia espressa e consapevole richiesta, poiché l'invio del referto alla casella di posta elettronica, indicata dall'interessato, non configura trasferimento di dati sanitari tra differenti titolari del trattamento, bensì una comunicazione di dati tra la struttura sanitaria e l'interessato eseguita a seguito di specifica ed espressa richiesta di quest'ultimo.

Pertanto, ASL2, può inviare il referto/ la documentazione sanitaria richiesta tramite posta elettronica, al recapito mail, solo ed esclusivamente su SUA ESPRESSA e consapevole RICHIESTA da rendere come di seguito

AUTORIZZAZIONE ALL'INOLTRO DI DOCUMENTI SANITARI TRAMITE POSTA ELETTRONICA NON CERTIFICATA

Il/la sottoscritto/a

cognome nome

Nato/a a il

Residente in Via/P.zza n.....

Documento d'identità n rilasciato da

Tessera sanitaria/ cod fisc

Letto e compreso quanto sopra riportato e, consapevole dei rischi connessi all'invio di documenti sanitari tramite posta elettronica, tra cui **la possibilità di una lettura dei documenti contenenti dati di salute da parte di soggetti non autorizzati**

RICHIEDE ED AUTORIZZA¹

ASL2 ad inviare la seguente documentazione :

- ✓ _____
- ✓ _____

al recapito di posta elettronica non certificata :

DICHIARA, INOLTRE, DI MANLEVARE E MANLEVA, SIN D' ORA, ASL2 da responsabilità ovvero disguidi / violazioni della privacy operate da terzi sui dati inoltrati, nonché da eventuali danni inerenti/ derivanti dalla modalità di inoltro sopra prescelta.

Data ___/___/___

Firma _____

¹ La presente autorizzazione, di natura facoltativa, nel senso che è libera espressione della volontà dell' interessato, risulta necessaria a fini dell' inoltro della documentazione ,da lei richiesta a mezzo posta elettronica non certificata, da inoltrarsi in allegato senza le cautele e le protezioni informatiche di legge