



MODULO DI RICHIESTA INFORMAZIONI IN MERITO AL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI FIRMA GRAFOMETRICA E AL TRATTAMENTO DEI DATI

Al Direttore del Servizio ICT – Azienda Usl di Modena
Responsabile del trattamento dei dati acquisiti
mediante apposizione di firma grafometrica

via San Giovanni del Cantone, 23 – 41121 Modena
auslmo@pec.ausl.mo.it

Il sottoscritto nato ail
ai sensi della vigente normativa in tema di firme elettroniche e in materia di protezione dei dati personali, richiede:

- informazioni sulle caratteristiche tecniche del sistema di firma grafometrica adottato dalla Azienda Usl di Modena
- informazioni sulle modalità di trattamento dei propri dati personali, acquisiti mediante l'utilizzo del sistema di firma grafometrica
- copia gratuita della propria dichiarazione di accettazione delle condizioni del servizio
- la revoca del consenso all'utilizzo della firma grafometrica

A tal fine acconsente all'invio delle risultanze della sua richiesta al seguente indirizzo:

.....

oppure all'indirizzo di posta elettronica:

Recapito telefonico per eventuali chiarimenti (facoltativo):

Luogo e data

.....

(firma)

.....