

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a Dottor _____, nato/a a _____ il ___/___/_____ e residente a _____ in via _____ titolare del trattamento dei dati personali, premesso quanto stabilito con l'accordo stipulato tra la FIMMG di Pisa e l'associazione sotto specificata, autorizza il/la signor/signora _____, nato/a a _____ e residente a _____ in via _____, in quanto volontario/volontaria iscritto/a all'Associazione _____, a trattare i dati personali dei propri assistiti.

Con la sottoscrizione della presente comunicazione il volontario/volontaria viene autorizzato ad acquisire dal sottoscritto gli elenchi degli assistiti ultraottantenni e a contattarli per via telefonica per proporre loro di sottoporsi a vaccinazione Covid-19.

Questi, nel corso dell'incarico conferito, che avrà termine il prossimo 31 dicembre 2021, deve rispettare:

- le disposizioni vigenti in materia di trattamento dei dati personali, adottando le necessarie misure di sicurezza;
- le istruzioni operative impartite successivamente dal medico sottoscritto.
- la confidenzialità nelle comunicazioni ed in ogni altra attività di trattamento dei dati personali.

_____, lì, _____

il/la Volontario/Volontaria

il Medico
