



LIBERATORIA PER RICEZIONE ESAMI AVIS VIA E-MAIL

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a a _____ il ____ / ____ / _____,

tessera AVIS n. _____

DICHIARO CHE

- l'indirizzo di posta elettronica

è utilizzato esclusivamente dal sottoscritto e non accessibile da parte di terzi;

- sono a conoscenza del contenuto della vigente normativa in materia di protezione di dati personali (*Decreto Legislativo 196/2003 e successive modificazioni*);
- sono consapevole del fatto che i dati di cui si richiede l'invio a mezzo di posta elettronica ordinaria rientrano nel novero dei "dati sensibili" ai sensi della vigente normativa.

premessi questo, **AUTORIZZO**

AVIS Comunale Saronno ad inviare a mezzo di posta elettronica ordinaria all'indirizzo

copia in formato .pdf protetto da password degli esami clinici da me effettuati e riguardanti l'attività per conto di AVIS.

AVIS Comunale Saronno procederà all'invio di tale documentazione solo a seguito di mia esplicita richiesta effettuata o a mezzo e-mail all'indirizzo saronno.comunale@avis.it o tramite telefono (sede AVIS 02.962.10.71 negli orari di apertura).

Declino infine AVIS Comunale Saronno da ogni tipo di responsabilità per ciò che può derivare dall'invio di dati sensibili a mezzo posta elettronica.

in fede

Saronno,