Spett.le ATS Brianza

Dipartimento Igiene Prevenzione Sanitaria

Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione

Unità Operativa di …….

Via………………………………………….

Mail

Il sottoscritto ……………………………………………………………………CF…………………………..

(cognome) (nome) (codice fiscale)

……………………………… ………………………… residente in ……………………………………….

(luogo di nascita) (data di nascita)

Via………………………………………… n……. mail………………………………………..…………..

**SEGNALA**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

L’impresa alimentare oggetto della segnalazione è la seguente:. …..………………………………….....…..

…………………………………………..sita a ……………………….. in via ……………………….. n. …

L’alimento/bevanda oggetto della segnalazione è il seguente:…………………….…………………………

………………………………………………………………………………………………………………..... acquistato il………………………presso……………………………………………………………………..

data………….. firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegati:**

* Copia documento di identità
* Attestazione di avvenuto pagamento dei diritti sanitari di € 83.00, somma prevista dal tariffario approvato dalla ATS della Brianza con delibera n. 615 del 06.10.2015 alla voce 08.01.01, da effettuarsi sul c/c postale n. 41467200 intestato alla ATS della Brianza – Settore IPATSLL Servizio Tesoreria – Viale Elvezia n. 2 – 20900 Monza.
* Eventuale scontrino acquisto alimento/bevanda
* Eventuali rilievi fotografici

**“Codice in materia di protezione dei dati personali”**

**Informativa ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (art. 13)**

Gentile signore/a, la normativa sulla privacy richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento dei dati personali, sensibili, giudiziari, da Lei forniti con la presente segnalazione.

A tal fine la informiamo che i dati da Lei forniti:

1. saranno utilizzati da dipendenti di questa Asl, sia responsabili sia incaricati del trattamento dei dati, nell’ambito delle proprie competenze;
2. saranno trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici nel pieno rispetto di quanto previsto dal d.lgs. 196/03 e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi;.
3. saranno utilizzati per la seguente finalità: gestione amministrativa delle segnalazioni (art. 73, comma 2, lettera g) del D.lgs. 196/03). Questi dati saranno conservati in un archivio, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione;
4. non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

Si comunica inoltre che:

1. il conferimento dei dati è facoltativo e il loro eventuale mancato conferimento non precluderà la gestione del reclamo;
2. il titolare del trattamento è **Asl Monza e Brianza con sede in Monza viale Elvezia 2;**
3. il responsabile del trattamento è: il Direttore Generale;
4. l’art. 7 del d.lgs. 196/03, che per Sua comodità di seguito riportiamo, Le riconosce alcuni diritti in ordine al trattamento.

Art. 7 - DIRITTI DELL’INTERESSATO

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile
2. L’interessato ha diritto di ottenere l’indicazione: a) dell’origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell’articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L’interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge …
4. L’interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Preso atto dell’Informativa di cui sopra, fornitami ai sensi dell’art. 13 del d.lgs. 196/93,

io sottoscritto …………………………………………………..………….………………..........................

nato a…………………………………................……………............ il ……………..……………………

residente a ………………….………………………………………………………………….……….……

**ESPRIMO IL MIO CONSENSO**

al trattamento dei miei dati personali, sensibili e giudiziari, esclusivamente ai fini della gestione amministrativa delle segnalazioni pervenute nell’ambito delle funzioni attribuite al Dipartimento di Prevenzione Medica della ASL MB.

**Data ……………………… FIRMA leggibile**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**