

SPEDIRE COMPILATA E FIRMATA ALLO 049.8215634
ADESIONE ALLA SPERIMENTAZIONE RICEZIONE PER WHATSAPP + E-MAIL
DELEGA INTEGRATIVA PER LA RICEZIONE VIA WHATSAPP

C.A. Titolare Trattamento dati
A.I.P.A. Padova
MERLIN Dott. Nicola
Via dei Colli n. 4
35143 PADOVA

IL SOCIO

Cognome **Nome**.....

Nata/o il..... a..... **Tessera numero: PD**.....

Estremi Documento di identità.....

chiede

in quanto socio firmatario di precedente delega di iscrizione (conforme Regolamento UE 2016/679) di essere abilitato a poter ricevere tramite WhatsApp comunicazioni relative al dosaggio o posologia settimanale del farmaco e dichiara, assumendosi tutte le eventuali responsabilità, di essere autorizzato a conferire **come recapito il numero:**

..... intestato a.....

è a conoscenza del fatto che **l'invio tramite WhatsApp non sostituisce in alcun modo il referto della terapia originale**, infatti dati e le indicazioni fornite hanno carattere informativo e non sono da intendersi sostitutive o equipollenti. Ed è quindi necessario **confrontare il messaggio WhatsApp con la e-mail o fax ricevuti prima di assumere il dosaggio di farmaco indicato**. Esonero l'A.I.P.A. da eventuali errori, e da ogni responsabilità a lei addebitabile.

In nessun caso l'A.I.P.A. risponde delle conseguenze pregiudizievoli derivanti da temporanee interruzioni del "servizio" dovute a cause ad essa non imputabili, ivi compresi le assenze anche del proprio personale. E' esclusa altresì la responsabilità da parte della associazione per inesattezze o incompletezze dei dati trasmessi al Socio, per ritardi delle trasmissioni o comunque ogni altra responsabilità, a qualsiasi titolo, derivante dalla presente se non nei casi di dolo della medesima. Fuori dai casi di dolo rimane esclusa ogni responsabilità per danni diretti e/o indiretti subiti dal Socio in conseguenza dell'uso o del mancato uso del "servizio". Le modalità di invio tramite WhatsApp non sostituiscono le comunicazioni tramite email; la spedizione dei messaggi WhatsApp potrà essere sospesa in qualunque momento e senza necessità di preavviso.

Padova, li.....

Per specifica approvazione delle indicazioni di manleva ed esonero di ogni responsabilità e adesione alla sperimentazione.

X

FIRMA LEGGIBILE

Per presa visione dell'informativa Privacy A.I.P.A., della Policy WhatsApp (<https://www.whatsapp.com/legal/#terms-of-service>) e conferimento autorizzazione al trattamento dati sensibili

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (EU) 2016/679 I dati personali inseriti nel presente documento sono trattati da AIPA Padova, nelle sue diverse articolazioni competenti in materia di gestione associati. Il consenso da Lei prestato è finalizzato al completamento della procedura di rilascio dei consensi per l'invio di referti TAO tramite WhatsApp. I dati sono trattati e conservati dal titolare del trattamento in ossequio ai principi di indispensabilità, necessità, pertinenza e non eccedenza. In qualunque momento potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 7 par. 3, 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento (EU) 2016/679, in quanto compatibili, attraverso una istanza rivolta al titolare del trattamento. È Suo diritto, altresì, proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Se desidera informazioni in merito al trattamento dei dati personali attraverso il sistema WhatsApp, può consultare il relativo documento informativo pubblicato nel "Portale AIPA Padova" all'indirizzo: www.aipapadova.com

X

FIRMA LEGGIBILE

Dichiaro inoltre di essere stato informato della possibilità che i miei dati vengano letti dal proprietario del ricevitore telefonico e quindi da tutti i terzi che vi accedano o vi possano accedere.

X

FIRMA LEGGIBILE