

**MODIFICA DATI CONFERITI ALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI ANTICOAGULATI**

**MODELLO DI MODIFICA**

ATTENZIONE ALLA CORRETTEZZA DEI DATI, indicare la patologia dopo aver verificato i propri referti clinici.

Compilare obbligatoriamente i campi con asterisco (\*) inserendo i dati del paziente in TAO

**Al Presidente A.I.P.A. PADOVA (C.F.92034290285)**

**Regione Veneto n.PD0059 -Comune Padova n.347**

**Dott. Nicola Merlin**

**Via Ugo Foscolo n. 13 – PD**

Cognome e Nome (Paziente)\* .....

Data e luogo di nascita\* .....

Comune di Residenza\* ..... Prov.\* ..... C.A.P.\* .....

Via/Piazza\* ..... N. Civico \*.....

TEL.\* ..... Cellulare .....

FAX \* .....

E-mail .....Altro recapito.....

Patologia..... RANGE ..... - ..... Gruppo Sanguigno .....RH....

Il/La soprascritto/a, esonerando l'istituzione in indirizzo da ogni responsabilità per il trattamento dei dati sensibili e loro divulgazione in applicazione del D.Lgs. n.196 /2003

**CHIEDE**

Quale paziente soggetto a Terapia anticoagulante orale T.A.O. (barrare la preferenza)

presso il Centro di Sorveglianza di Via Dei Colli 4 – 35143 PD

altro, specificare.....

**DI MODIFICARE I DATI ANAGRAFICI E DI SPEDIZIONE COME INDICATO NEL PRESENTE MODELLO**

Compilare se il consenso viene conferito da altri

Il necessario consenso espresso al trattamento dei dati dell'interessato viene comunicato (ex. Art.24 comma 1 lett. e; ex. Art. 82 comma 2 D.Lg. 196/03) da\*:

Cognome e Nome .....

Grado di parentela (se parente del paziente) .....

Documento (di chi firma)\* n. .... rilasciato a.....il .....

**FIRMA (per esteso) del delegante\* .....**

**CONFERMO LA DELEGA ALL'ASSOCIAZIONE A.I.P.A.**

Nelle persone elette a rappresentarla, all'invio, tramite fax, e-mail, SMS o altro mezzo di comunicazione, che potrà essere modificato anche tramite comunicazione verbale, di ogni informazione e comunicazione e, quale "paziente" regolarmente iscritto nel Libro Soci e consapevole delle norme "socio sanitarie" che sono alla base dello Statuto dell'A.I.P.A., che dichiaro di aver preso conoscenza (consultabile presso [www.aipapadova.com](http://www.aipapadova.com)), assumo tutte le responsabilità della presente autorizzazione, sollevando l'A.I.P.A. da qualsiasi forma non a lei imputabile per denuncia. Contemporaneamente, autorizzo preventivamente quanto dovrà essere fatto per consentirmi di ottenere maggiori informazioni sulle notizie riguardanti il trattamento anticoagulante orale.

**FIRMA leggibile del delegante\* .....**

Sottoscrivo per espressa approvazione di tutte le clausole sopra indicate, ex art. 1341 c.c.

**FIRMA leggibile del delegante\* .....**

**PRIVACY – CONFORMEMENTE ALL'Art. 13 D.Lg. 196/03:**

Autorizzo l'A.I.P.A. al trattamento dei miei dati anche tramite supporto informatico e/o telematico per comunicare informazioni e per raccolta nominativi nel Libro Soci. Sono a conoscenza di essere obbligato a conferire i dati corretti per le finalità associative e la trasmissione, anche a terzi, dei dati sensibili. Qualora mi rifiuti di conferire i miei dati non potrò considerarmi socio A.I.P.A.. I dati sensibili comunicati dal Centro di Sorveglianza o ricevuti tramite altri mezzi di comunicazione verranno resi visibili agli operatori A.I.P.A. e a chiunque possa accedere al numero di fax o mezzo telematico indicato per la ricezione.

Sono altresì a conoscenza dei diritti che mi spettano ex art.7; ex art.9 commi 2, 3 e 5; ex art. 10 comma 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali.

Il necessario consenso espresso al trattamento dei dati dell'interessato viene comunicato (ex art.24 comma 1 lett. E, ex art. 82 comma 2 D.Lg. 196/03) da\* :

Cognome E Nome \* ..... Gradi di parentela \* .....

Documento (di chi appone la firma) n. \* ..... Rilasciato in data \* .....

da\* .....

Padova,.....

Con gratitudine, in fede

**FIRMA leggibile del delegante\* .....**

**SPEDIRE TRAMITE FAX AL N. 0498216311 OPPURE E-mail [info@aipapadova.com](mailto:info@aipapadova.com) unitamente al documento d'identità indicato**