

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-mailAltro recapito.....

Patologia..... RANGE - Gruppo SanguignoRH....

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), 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 unitamente al documento d'identità indicato