

**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DEL SERVIZIO DI
FIRMA ELETTRONICA AVANZATA GRAFOMETRICA
art. 57, c. 1, lett. a) del DPCM 22.02.2013
E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI BIOMETRICI (GDPR)
- DICHIARAZIONE RESA ORALMENTE -**

Il/La sottoscritto/a _____,
codice fiscale _____

nel ruolo di esercente la professione sanitaria di Fondazione Sanità e Ricerca, incaricato all'identificazione degli utenti che intendono aderire al servizio di FEA Grafometrica, alla registrazione dei loro dati personali e all'iscrizione degli stessi al servizio,

DICHIARA

- di aver identificato in modo certo l'identità di _____ sesso _____,
Codice Fiscale _____,
nato/a a _____ il _____,
in qualità di (Assistito/Caregiver/Familiare/altro specificare) _____,
di seguito Firmatario, tramite un valido documento di riconoscimento che è stato da me acquisito in copia per immagine su supporto informatico di documento analogico;
- di aver informato il Firmatario in merito alle condizioni del servizio di FEA grafometrica (rev. 0 del 16/09/2024), compresa ogni eventuale limitazione d'uso;
- di aver informato il Firmatario circa il trattamento dei dati personali, compresi i dati biometrici, ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 (rev. 0 del 16/09/2024);
- di aver comunicato al Firmatario la possibilità di accedere tramite il sito internet aziendale al link <https://www.fondazioneanitaericerca.it/pagine/firma-grafometrica> alla documentazione completa relativa al servizio di FEA Grafometrica:
 - Condizioni del servizio di FEA Grafometrica;
 - Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Informativa privacy);
 - Modulo di dichiarazione accettazione del servizio di FEA Grafometrica e consenso dati personali;
 - Modulo di richiesta di copia della dichiarazione di accettazione delle condizioni del servizio di FEA Grafometrica e relativa documentazione;
 - Modulo di revoca del consenso al servizio di FEA Grafometrica e al trattamento dei dati personali;
 - Informazioni relative alla polizza assicurativa per la FEA Grafometrica;
 - Regolamento FEA Grafometrica;
- di aver preso atto che il Firmatario dichiara di aver preso visione delle Condizioni del servizio FEA Grafometrica e dell'informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 Reg. UE 679/2016;
- di aver raccolto il consenso orale del Firmatario all'utilizzo della FEA grafometrica, ai sensi dell'art. 57, c. 5 del DPCM 22.02.2013 e il consenso orale al trattamento dei dati personali biometrici ai sensi del Reg. UE 679/2016.

Data, _____

Firma: FEQ Operatore Sanitario

DICHIARAZIONE DEL FIRMATARIO DEL SERVIZIO FEA GRAFOMETRICA

Io sottoscritto/a (nome/cognome) _____
a conferma di quanto dichiarato dell'operatore sanitario dichiaro la mia volontà di aderire al servizio di FEA Grafometrica.

Data, _____

Firma: FEA Grafometrica