

**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)

Io sottoscritto/a (nome/cognome) _____ sesso _____

Codice Fiscale _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di (Assistito/Caregiver/Familiare/altro specificare) _____

la cui identità è stata accertata dall'operatore sanitario tramite documento di riconoscimento in corso di validità e acquisito in copia,

DICHIARO

- di aver preso visione delle condizioni del servizio di FEA grafometrica (rev. 0 del 16/09/2024), compresa ogni limitazione d'uso, erogato dalla Fondazione;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 necessari all'attivazione del servizio (rev. 0 del 16/09/2024);
- di aver compreso che la documentazione completa relativa al servizio di FEA Grafometrica è disponibile nel sito internet aziendale al link <https://www.fondazionesanitaericerca.it/pagine/firma-grafometrica> dove posso consultare e accedere ai seguenti documenti:
 - 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 essere consapevole che l'adesione al servizio FEA grafometrica in assenza del consenso al trattamento dei dati personali non potrà essere attivato come specificato nell'informativa, pertanto dichiaro:
 - di voler aderire** al servizio di FEA Grafometrica e prestare il consenso al trattamento dei dati personali biometrici;
 - di non voler aderire** al servizio di FEA Grafometrica e di non prestare il consenso al trattamento dei dati personali biometrici.

Data, _____

FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL' OPERATORE

Io sottoscritto/a _____,

operatore di Fondazione Sanità e Ricerca, dichiaro di aver identificato in modo certo l'identità di _____,

Firmatario del servizio di FEA Grafometrica, tramite un valido documento di riconoscimento che è stato da me acquisito in copia per immagine su supporto informatico di documento analogico (o in forma cartacea).

Data, _____

Firma _____