



Modulo per la privacy valido per l'iscrizione all'Associazione Autismo Livorno APS

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,
indirizzo mail _____, telefono _____,
genitore o legale rappresentante di _____

intende con la presente iscriversi all'Associazione Autismo Livorno APS

Sono informato sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. Il consenso informato è sempre richiesto per la gestione dei dati personali;
2. La presente è finalizzata a regolarizzare l'iscrizione all'Associazione e i dati personali utilizzati;
3. In qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando all'Associazione la volontà di revocare il consenso.

Sono informato/a sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. Il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati;
2. Il Presidente dell'Associazione è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti con la presente per l'iscrizione all'Associazione: i dati sopra indicati sono da considerarsi **dati personali**;
3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche;
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti;

5. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**;
6. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di **10 anni**;
7. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge.
8. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:
 - a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali operatori che operano all'interno dell'associazione, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di un consenso scritto a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervistazioni e/o riunioni di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione.
9. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
10. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs.101/2018** (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del Presidente verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.
11. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .



Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, intendo con la presente iscrivermi all'associazione in qualità di socio. Avendo ricevuto tutte le informazioni necessarie sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato, esprimo il proprio libero consenso barrando la casella di seguito indicati, relativa al trattamento e alla comunicazione dei dati personali in atti presenti.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto le necessarie informazioni autorizzo gli operatori ad effettuare riprese audiovisive a scopi interni dell'associazione ed al fine di migliorare il servizio.

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto le necessarie informazioni autorizzo gli operatori ad effettuare riprese audiovisive a scopi promozionali dell'associazione e delle attività proposte.

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

Si rende noto che il presente modulo vale come istanza di ammissione in qualità di socio all'associazione Autismo Livorno APS. La domanda sarà soggetta a delibera e, salvo motivi ostativi, l'Organo di amministrazione comunicherà l'approvazione a mezzo mail.

Il firmatario del presente modulo dichiara di conoscere ed accettare integralmente lo Statuto dell'associazione, gli eventuali regolamenti e di attenersi alle deliberazioni legalmente adottate dagli organi associativi.

Luogo e data _____

Firma _____

Timbro e firma del Presidente