

SHEDA DI REGISTRAZIONE STUDIOSI

NOME E COGNOME.....

DOC. IDENTITA'.....

VIA/PIAZZA.....

N°.....CITTA'.....STATO.....

INDIRIZZO E-MAIL.....

QUALIFICA:.....

ATENEIO/ENTE DI APPARTENENZA.....

AREA DI RICERCA

VOLUME PRENOTATO.....

VOLUME CONSULTATO.....

Data

Dalle orealle ore.....

Il presente modulo una volta compilato deve essere spedito a : lancisiana@aslroma1.it

Informativa Privacy (Vedere Allegato 2 del Regolamento della Biblioteca Lancisiana).

INFORMAZIONI PER LA PROTEZIONE DEI TUOI DA

I Tuoi dati personali
RACCOLTI durante il
percorso all' interno della
nostra struttura sono trattati
per la **FINALITÀ** di **CURA** e
ASSISTENZA.



Il **TRATTAMENTO** dei Tuoi dati
personali consiste nella
**RACCOLTA, REGISTRAZIONE,
ORGANIZZAZIONE,
CONSERVAZIONE,
COMUNICAZIONE,
CANCELLAZIONE**, ecc.

Queste operazioni avvengono
manualmente o con l' utilizzo di
sistemi
informatici.



Per esercitare i Tuoi **DIRITTI**,
puoi utilizzare i seguenti dati di
contatto:

mail:
ufficioprivacy@aslroma1.it
tel.

+39 06 68351

Potrai, se ritieni che la Tua privacy
sia stata violata, proporre reclamo
al garante per la protezione dei
dati personali.

www.garanteprivacy.it



La Tua **CARTELLA CLINICA** sarà
conservata **PERMANENTEMENTE**
da questa Azienda, mentre l'ulteriore
DOCUMENTAZIONE SANITARIA
sarà conservata secondo quanto
indicato dalla normativa vigente.