



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Direttore Dott. Marco Lovesio
S.C. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
Direttore Dott.ssa Virna Frumento



Indirizzo: Via Collodi, 13 – 17100 Savona Tel: 019.840.5992

e-mail: elezionicovid@asl2.liguria.it

Al Dirigente Responsabile
della Prefettura di Savona
Ufficio Territoriale del Governo
All'Ufficio Elettorale dei Comuni di
Alassio
Albenga
Albisola Superiore
Albissola Marina
Altare
Andora
Arnasco
Balestrino
Bardineto
Bergeggi
Boissano
Borghetto Santo Spirito
Borgio Verezzi
Bormida
Cairo Montenotte
Calice Ligure
Calizzano
Carcare
Casanova Lerrone
Castelbianco
Castelvecchio di RB
Celle Ligure
Cengio
Ceriale
Cisano sul Neva
Cosseria
Dego
Erli
Finale Ligure
Garlenda
Giustenice
Giusvalla
Laigueglia
Loano
Magliolo

Mallare
Massimino
Millesimo
Mioglia
Murialdo
Nasino
Noli
Onzo
Orco Feglino
Ortovero
Osiglia
Pallare
Piana Crixia
Pietra Ligure
Plodio
Pontinvrea
Quiliano
Rialto
Rocavignale
Sassello
Savona
Spotorno
Stella
Stellanello
Testico
Toirano
Tovo San Giacomo
Urbe
Vado Ligure
Varazze
Vendone
Vezi Portio
Villanova d'Albenga
Zuccarello

Alla S.C. Relazioni Esterne ASL 2 - URP
Dr. Claudio Baldi



Asl2

Sistema Sanitario Regione Liguria

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Direttore Dott. Marco Lovesio
S.C. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
Direttore Dott.ssa Virna Frumento



Indirizzo: Via Collodi, 13 – 17100 Savona **Tel:** 019.840.5992

e-mail: elezionicovid@asl2.liguria.it

Oggetto: Elezioni politiche del 25 Settembre 2022.

Si invia in allegato modulo per informazioni ed autorizzazione ad inviare documenti sanitari tramite posta elettronica non certificata, da compilare a cura dell'interessato e restituire all'indirizzo e-mail: elezionicovid@asl2.liguria.it unitamente alla documentazione sanitaria per esercizio domiciliare del diritto di voto da parte degli elettori sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di isolamento fiduciario per Covid-19, specificando:

nome e cognome

codice fiscale

numero telefonico

domicilio di residenza

domicilio di isolamento se è diverso da quello di residenza

copia carta d'identità

certificato dei trattamenti dati

Distinti saluti.

Il Direttore
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL2
Dott.ssa Virna Frumento

**INFORMAZIONI ED AUTORIZZAZIONE AD INVIARE DOCUMENTI SANITARI
TRAMITE POSTA ELETTRONICA NON CERTIFICATA**

Gentile Utente ASL2 la informa, ex art 13 del RGPD UE 679/2016 che le Linee guida in tema di referti on line emanate il 19.11.2009 dal Garante Italiano per la protezione dei dati stabiliscono quanto segue:

“qualora la struttura sanitaria intenda inviare copia di un referto / documento sanitario alla casella di posta elettronica di un paziente, a seguito di una sua richiesta, deve osservare le seguenti cautele:

1. spedire il referto in forma di allegato a un messaggio e-mail e non come testo nella body part del messaggio;
2. proteggere il file contenente il referto con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse, da parte di soggetti diversi da quello cui sono destinati, quali ad esempio una password per l'apertura del file ovvero una chiave crittografica.
3. non osservare tale ultima cautela qualora l'interessato ne faccia espressa e consapevole richiesta, poiché l'invio del referto alla casella di posta elettronica, indicata dall'interessato, non configura trasferimento di dati sanitari tra differenti titolari del trattamento, bensì una comunicazione di dati tra la struttura sanitaria e l'interessato eseguita a seguito di specifica ed espressa richiesta di quest'ultimo.

Pertanto, ASL2, può inviare il referto/ la documentazione sanitaria richiesta tramite posta elettronica, al recapito mail, solo ed esclusivamente su SUA ESPRESSA e consapevole RICHIESTA da rendere come di seguito

**AUTORIZZAZIONE ALL'INOLTRO DI DOCUMENTI SANITARI TRAMITE
POSTA ELETTRONICA NON CERTIFICATA**

Il/la sottoscritto/a
cognome nome.....
Nato/a a il.....
Residente in Via/P.zza n.....
Documento d'identità n rilasciato da
Tessera sanitaria/ cod fisc

Letto e compreso quanto sopra riportato e, consapevole dei rischi connessi all'invio di documenti sanitari tramite posta elettronica, tra cui la possibilità di una lettura dei documenti contenenti dati di salute da parte di soggetti non autorizzati

RICHIEDE ED AUTORIZZA¹

ASL2 ad inviare la seguente documentazione :

✓ _____
✓ _____

al recapito di posta elettronica non certificata :

DICHIARA, INOLTRE, DI MANLEVARE E MANLEVA, SIN D' ORA, ASL2 da responsabilità ovvero disguidi / violazioni della privacy operate da terzi sui dati inoltrati, nonché da eventuali danni inerenti/ derivanti dalla modalità di inoltro sopra prescelta.

Data ___/___/___

Firma _____

¹ La presente autorizzazione, di natura facoltativa, nel senso che è libera espressione della volontà dell' interessato, risulta necessaria a fini dell' inoltro della documentazione ,da lei richiesta a mezzo posta elettronica non certificata, da inoltrarsi in allegato senza le cautele e le protezioni informatiche di legge

Il responsabile della protezione dati dell' azienda è contattabile all' indirizzo email: rpd@asl2.liguria.it
Fermo l' esercizio dei diritti di cui agli artt. dal 15 al 22 del RGPD, l'interessato può rivolgere reclamo all' Autorità Garante al seguente indirizzo <https://www.garanteprivacy.it>