



## SOCIETÀ DELLA SALUTE DI FIRENZE

### MODULO DI OBBLIGO ALLA RISERVATEZZA

#### DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Documento di identità Tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Qualifica  Studente/tesista dell'Università di \_\_\_\_\_  Altro

(specificare) \_\_\_\_\_

#### RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a chiede di partecipare, in qualità di uditore esterno, alla seguente riunione di lavoro:

Titolo/oggetto della riunione \_\_\_\_\_

Referente della riunione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Luogo/Piattaforma \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONI DI RISERVATEZZA

Il/La sottoscritto/a dichiara:

1. di essere consapevole che durante la riunione potranno essere trattati dati, informazioni e documenti non pubblici relativi all'attività della Società della Salute di Firenze;
2. di impegnarsi a mantenere la riservatezza su ogni informazione appresa;
3. di non effettuare registrazioni audio, video o fotografiche e di non acquisire documenti non autorizzati;
4. di utilizzare le informazioni eventualmente apprese solo per finalità di studio e ricerca connesse alla propria tesi garantendo il pieno anonimato degli interessati i dati personali siano stati eventualmente trattati;
5. di non divulgare o comunicare a terzi, in alcuna forma, contenuti o informazioni apprese;



6. di essere consapevole che la violazione degli obblighi di riservatezza può comportare responsabilità civili e, nei casi previsti, penali;
7. di accettare che la partecipazione è subordinata all'autorizzazione del referente della riunione e può essere revocata in qualsiasi momento.

## **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, dichiaro di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali e acconsento al trattamento dei dati necessari alla gestione della presente richiesta.

## **FIRMA DELL'INTERESSATO/A**

Firma

## **AUTORIZZAZIONE DEL REFERENTE DELLA RIUNIONE**

Autorizzato  Non autorizzato

Firma

Luogo e data