



CITTÀ DI ALBENGA

(Provincia di Savona)

ELEZIONI REFERENDARIE E REGIONALI DEL 20 E 21 SETTEMBRE 2020

ESERCIZIO DOMICILIARE DEL DIRITTO DI VOTO DA PARTE DEGLI ELETTORI
SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO DOMICILIARE O IN CONDIZIONI DI QUARANTENA O
ISOLAMENTO FIDUCIARIO PER COVID-19
(ART. 3 DEL DECRETO LEGISLATIVO N.103/2020).

IL SINDACO

RENDE NOTO

Gli elettori sottoposti a trattamento in condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19, sono ammessi ad esprimere il voto presso il proprio domicilio nel comune di residenza.

A tal fine **tra il 10 e il 15 settembre** (cioè tra il 10° e il 5° giorno antecedente quello delle votazioni), l'elettore deve far pervenire via mail (protocollo@comune.albenga.sv.it) o pec (protocollo@pec.comune.albenga.sv.it) o fax (0182/554617) al Sindaco, i seguenti documenti:

- Una dichiarazione in cui si attesta la volontà dell'elettore di esprimere il voto presso il proprio domicilio indicando con precisione l'indirizzo completo del domicilio stesso;

- Un certificato, rilasciato dal funzionario medico designato dai competenti organi dell'azienda sanitaria locale, in data non antecedente al 6 settembre (14° giorno antecedente la data delle votazioni), che attesti l'esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare o condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19.

Albenga li, 10/09/2020

Il Sindaco
f.to Riccardo Tomatis



CITTA' di ALBENGA

REFERENDUM COSTITUZIONALE E ELEZIONI REGIONALI DEL 20 E 21 SETTEMBRE 2020

Avviso per elettori sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19

L'Asl con pec dell'1/09 u.s. ha comunicato le modalità per il rilascio del certificato per l'esercizio domiciliare del diritto del voto da parte degli elettori di cui all'oggetto.

E' necessario inviare una mail all'indirizzo: elezionicovid@asl2.liguria.it:

a. indicando i seguenti dati:

- nome e cognome
- codice fiscale
- numero telefonico
- domicilio di residenza
- domicilio di quarantena o isolamento fiduciario se è diverso da quello di residenza;

b. allegando certificato dei trattamenti dati (informativa, debitamente compilata, pubblicata sul nostro sito istituzionale) e copia della carta di identità.

ALBENGA. 10/09/2020

IL SINDACO
f.to Riccardo TOMATIS

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

Gentile Utente ASL2 la informa, in qualità di titolare del trattamento, ex art 13 del RGPD UE 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 se da lei richiesto, **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 sottoscritta

cognome nome.....
Nata 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**

RICHIEDO ED AUTORIZZO

ASL2 Savonese ad inviare la seguente documentazione :

al seguente recapito di posta elettronica non certificata :

DICHIARA INOLTRE DI MANLEVARE E MANLEVAVA SIN D'ORA ASL2 SAVONESE, 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, tuttavia 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>