Comune di Bovisio Masciago

Provincia di Monza e Brianza

Al Sindaco del Comune di Bovisio Masciago

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO DELLA CARTA DI IDENTITA' ELETTRONICA A DOMICILIO PER PERSONA ALLETTATA

Io sottoscritto/a ……..

Residente a …… in Via/le/P.za …… n ……

Telefono …… e-mail ……

CHIEDE L'APPUNTAMENTO PER IL RILASCIO DELLA CARTA DI IDENTITA' ELETTRONICA A DOMICILIO per conto di ……..(indicare se parente o conoscente:

……) **impossibilitato/a a venire presso l'Ufficio Anagrafe in quanto allettato.**

Residente a Bovisio Masciago in Via/le/P.za …… n ……

Altezza in cm…… Numero di cellulare che verrà collegato con l'identità digitale CIE……

Indirizzo email che verrà collegata con l'identità digitale CIE…… ……

Persona maggiorenne delegata al ritiro della CIE Nome:…… Cognome:……..

Documenti da portare qualche giorno prima dell'appuntamento in accordo con l'ufficiale di anagrafe:

- 1 fototessera recente per riconoscimento (al massimo di 6 mesi);
- fotocopia della carta d'identità vecchia o di altro documento valido oppure, in caso di smarrimento, la denuncia in originale.
- il modulo per l'eventuale assenso o diniego alla donazione degli organi, allegato alla presente istanza, compilato e firmato dalla persona richiedente il rilascio della carta d'identità;

Il costo per il rilascio della carta d'identità elettronica è pari a € 22,00, pagabile esclusivamente tramite bancomat o carta di credito direttamente allo sportello dell'ufficio anagrafe. **Allegare alla presente istanza certificato medico che attesta che la persona per cui si richiede il rilascio della carta d'identità a domicilio è allettata. NB: Il certificato medico dovrà specificare se la persona è:**

1) **allettata in modo permanente: in questo caso la carta di identità rilasciata avrà validità di 10 anni**
2) **allettata in modo temporaneo: in questo caso la carta di identità rilasciata avrà validità di un anno come da disposizioni ministeriali.**

Nota bene: se la persona non è in grado di firmare, è necessario che tale condizione venga espressamente specificata nel certificato medico, indicando l'impossibilità della persona di apporre la propria firma.

Bovisio Masciago, …….. Il richiedente ……..

L'ufficio Anagrafe, ricevuto il suddetto modulo compilato, provvederà a ricontattarla per fissare l'appuntamento a domicilio. ***ALLEGARE FOTOCOPIA FRONTE/RETRO DEL RICHIEDENTE E DELLA PERSONA PER LA QUALE SIA CHIEDE IL RILASCIO DELLA CIE A DOMICILIO***

Comune di Bovisio Masciago

Provincia di Monza e Brianza

Dichiarazione di consenso o diniego alla donazione di organi e tessuti da compilare in caso di richiesta rilascio Carta d'identità a domicilio

(Legge 1 aprile 1999, n. 91, D.M. 8 aprile 2000 e D.M. 11 marzo 2008)

Io sottoscritta/o_____

cognome nome

nato/a a _____ prov._____ il

dichiaro

❑ di **voler donare** organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto

_____ firma

❑ di **non voler donare** organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto

_____

firma

❑ **non mi esprimo** in merito alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto

_____ firma

Bovisio Masciago, _____

Si allega copia del documento d'identità fronte e retro del dichiarante

Bovisio Masciago, _____ _____

data firma

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Bovisio Masciago che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 0362.5111 Indirizzo PEC: comunebovisiomasciago@cert.legalmail.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rdp@comune.bovisiomasciago.mb.it

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per ***il rilascio della carta identità elettronica a domicilio.*** La relativa base giuridica è l'adempimento di obblighi di legge, ai sensi dell'art. 6 par. 1, lett. c) e dell'art. 4, n. 15, GDPR in merito ai <dati relativi alla salute>, del Regolamento UE 2016/679. Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento della finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di gestire l'istanza.

I dati raccolti: • sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;

- potranno essere comunicati a soggetti pubblici o privati per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario per l'espletamento delle finalità di cui alla presente informativa e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, il diritto di opposizione al trattamento.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Luogo, data……..

Per presa visione

Firma

……..