

	<b>MODULO</b>		
	<b>DOMANDA DI CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE DIGITALI SETTORE SANITA' – e-HEALTH (per studenti)</b>		
Codice documento	Pagina	Revisione	Del
<b>SC 04 – 1A</b>	<b>1 DI 3</b>	<b>02</b>	<b>22/01/2015</b>

(Compilare in ogni sua parte in stampatello – I dati contrassegnati con l'asterisco \* sono obbligatori.  
I dati anagrafici evidenziati in **neretto** saranno pubblicati nell'elenco delle persone certificate, previo consenso dell'interessato)

La/il sottoscritta/o

Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

nata/o a \* \_\_\_\_\_ provincia \* \_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_

codice fiscale \* \_\_\_\_\_ Skills Card n. \* \_\_\_\_\_

residente nel Comune \* \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

indirizzo \* \_\_\_\_\_ numero civico \* \_\_\_\_\_ CAP \* \_\_\_\_\_

eMail \* \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Titolo di studio \*

- scuola dell'obbligo
- diplomato
- laureato
- non dichiarato

Occupazione \*

- studente scuola secondaria secondo grado
- studente universitario
- lavoratore dipendente
- lavoratore autonomo
- in cerca di occupazione

Nel caso di Candidato minorenni, indicare di seguito i dati di chi esercita la patria potestà:

(Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'iscrizione alla **Certificazione e-Health**, programma di informatica per gli operatori sanitari, che certifica per gli operatori del settore le conoscenze e le abilità necessarie per utilizzare in modo consapevole le applicazioni ICT che trattano informazioni dei pazienti.

### A TAL FINE DICHIARA

- di possedere le conoscenze e le capacità necessarie al fine di sostenere gli esami di verifica relativi al percorso di Certificazione indicato, come documentate nel Syllabus disponibile sul sito [www.ecdlhealth.it](http://www.ecdlhealth.it);
- di essere consapevole che la presente domanda di certificazione deve essere contestualmente corredata dal pagamento di una quota di iscrizione, che dà diritto al rilascio di una Skills Card;
- di aver letto e compreso l'INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 qui allegata;
- di aver letto, compreso e accettato integralmente quanto contenuto nel documento "Regolamento AICA per la Certificazione delle competenze digitali"<sup>1</sup> disponibile sul sito [www.aicanet.it](http://www.aicanet.it), che esplica le regole della Certificazione, generali e specifiche per la Certificazione per cui si fa domanda;
- di aver letto, compreso e accettato integralmente quanto contenuto nel documento "Diritti e Doveri del Candidato"<sup>1</sup> disponibile sul sito [www.aicanet.it](http://www.aicanet.it), che esplica le modalità operative, i ruoli e le responsabilità, oltre agli impegni di riservatezza riguardo a modalità e contenuti.

Data

Firma del Candidato

(o di chi esercita la patria potestà)

<sup>1</sup> Documento stampabile a richiesta dal Test Center presso il quale si presenta la domanda di certificazione.

	<b>MODULO</b>		
	<b>DOMANDA DI CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE DIGITALI SETTORE SANITA' – e-HEALTH (per studenti)</b>		
Codice documento	Pagina	Revisione	Del
<b>SC 04 – 1A</b>	<b>2 DI 3</b>	<b>02</b>	<b>22/01/2015</b>

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003:

a) consente all'utilizzo dei dati personali ai fini del rilascio della Certificazione, alla conseguente comunicazione all'organismo preposto all'accreditamento di tale Certificazione (Accredia) e a tutti gli Enti interessati a verificare con AICA l'autenticità della Certificazione, nonché alla comunicazione via email della scadenza della Certificazione e delle modalità di rinnovo della stessa<sup>2</sup>

Presta il consenso  Nega il consenso

b) consente all'utilizzo dei dati personali per la pubblicazione nell'elenco dei professionisti certificati

Presta il consenso  Nega il consenso

c) consente all'utilizzo dei dati personali per la rilevazione di soddisfazione

Presta il consenso  Nega il consenso

Solo nel caso di **Candidato diversamente abile**:

d) consente all'utilizzo dei dati sensibili, al fine di attivare la procedura di esami per candidati diversamente abili<sup>3</sup>

Nega il consenso  Presta il consenso

Data

Firma del Candidato

<sup>2</sup> Questo consenso è necessario ai fini della certificazione: qualora negato, non sarà possibile erogare il servizio di certificazione richiesto.

<sup>3</sup> Scelta applicabile solo ai candidati diversamente abili.

<b>MODULO</b>			
<b>DOMANDA DI CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE DIGITALI SETTORE SANITA' – e-HEALTH (per studenti)</b>			
Codice documento	Pagina	Revisione	Del
<b>SC 04 – 1A</b>	<b>3 DI 3</b>	<b>02</b>	<b>22/01/2015</b>

#### **INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003**

##### **1. Finalità e modalità del trattamento.**

I dati personali sono raccolti da AICA tramite i Test Center autorizzati sul Territorio Nazionale e trattati in modo informatico e/o manuale da AICA o da società e/o collaboratori di sua fiducia, nel rispetto della legge e degli obblighi di riservatezza, per le seguenti finalità:

- a) Rilascio e registrazione della Skills Card, ai fini dell'effettuazione degli esami e della stampa del certificato, una volta superati tutti gli esami previsti.
- b) Pubblicazione del nome, cognome, data e luogo di nascita, comune e provincia di residenza nell'elenco delle persone certificate, reso disponibile sul Web.
- c) L'invio via email di informazioni sui programmi di certificazione e mantenimento della certificazione stessa.
- d) La rilevazione di soddisfazione (mediante questionari on line o interviste telefoniche).

##### **2. Conferimento dei dati.**

Ai sensi del d.lgs. 193/2003 il consenso al trattamento dei dati per le finalità di cui al punto **1 a)** è necessario per attività richieste ad AICA dal candidato agli esami, ai fini della certificazione. Qualora il consenso sia negato, non sarà possibile ad AICA erogare il servizio di certificazione.

Chi acconsente a pubblicare i propri dati personali specificati nel punto **1 b)** deve prestare consenso scritto nella presente domanda di iscrizione: in caso contrario AICA non sarà autorizzata a pubblicare i suoi dati.

Chi acconsente ad essere contattato via email o per telefono come da punto **1 c)** e **1 d)** deve prestare consenso scritto nella presente domanda di iscrizione: in caso contrario AICA non sarà autorizzata a contattare l'interessato.

Nel caso di candidati diversamente abili, per i quali debba essere inoltrata ad ASPHI (Avviamento e Sviluppo di Progetti per ridurre l'Handicap mediante l'Informatica) richiesta di autorizzazione della specifica procedura di esami, l'interessato dovrà prestare per iscritto il proprio consenso nella presente domanda di iscrizione.

##### **3. Soggetti ai quali AICA può comunicare e/o trasferire i dati**

- a) Ai propri dipendenti e collaboratori
- b) A Società di Informatica che sono partner nella gestione di skills card, esami, ed emissione del certificato
- c) A Società che si occupano della consegna del certificato.
- d) Ai Test Center presso i quali il candidato sceglie di effettuare gli esami, ricordando che se il Test Center non è quello presso il quale è stata acquistata la Skills Card, l'accesso ai dati del candidato è possibile solo se quest'ultimo fornisce personalmente al Test Center : numero di skills card, cognome, nome e data di nascita.
- e) Ad ASPHI, nel caso di richiesta di autorizzazione della procedura di esami per candidati diversamente abili.

AICA ha all'uopo istruito tutti questi soggetti per garantire la massima riservatezza nel trattamento dei dati.

##### **4. Diritti dell'interessato**

Ai sensi del d.lgs. 196/2003 l'interessato può esercitare nei confronti di AICA il diritto di:

- avere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano;
- conoscere le finalità e modalità del trattamento, in particolare nel caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- avere informazioni sul titolare, i responsabili nominati e i soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza;
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in via anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

I diritti in oggetto potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al Responsabile del trattamento dei dati di AICA con lettera raccomandata inviata ad AICA, con sede in Piazzale Rodolfo Morandi 2 20121 MILANO, o tramite posta elettronica indirizzata a: [privacy@aicanet.it](mailto:privacy@aicanet.it). Nell'esercizio dei diritti, l'interessato può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche, enti associazioni od organismi. L'interessato può, altresì, farsi assistere da una persona di fiducia. AICA, per garantire l'effettivo esercizio dei diritti dell'interessato, adotta misure idonee volte ad agevolare l'accesso ai dati personali da parte dell'interessato medesimo, a semplificare le modalità e a ridurre i tempi per il riscontro al richiedente.

##### **5. Titolare e responsabile del trattamento**

Titolare del trattamento è AICA, con sede in Piazzale Rodolfo Morandi 2 20121 MILANO, Cod. fisc. 03720700156 ; il Responsabile del trattamento è il Sig. **Marco Miglio**

L'interessato può richiedere ulteriori informazioni sul trattamento dei dati all'indirizzo di posta elettronica [privacy@aicanet.it](mailto:privacy@aicanet.it) o consultare la normativa vigente all'indirizzo Internet <http://www.garantepriacy.it> cliccando su **Normativa è Italiana è Il Codice in materia di protezione dei dati personali**

Marco Miglio