

Dott. Carlo Perissinotto
Medico Chirurgo - Medicina Integrata
www.dislessia.tv · www.studioperissinotto.it

La sottoscritta

Codice Fiscale	
Cognome e Nome	
Comune di Nascita	
Data di Nascita	

(d'ora in poi denominata *Titolare*)

RICHIEDE

di poter sottoscrivere con firma elettronica avanzata grafometrica ("FEA") tutta la documentazione per la quale renderà possibile la sottoscrizione con detta modalità di firma, tramite infrastruttura tecnologica e software forniti dalle società incaricate del servizio da "*Dr. Perissinotto* *Carlo*
Medico *Chirurgo* *Odontoiatra*
Specialista in Ortognatodonzia - Specialista in odontostomatologia
Iscrizione Albo Odontoiatri N 16 - Iscrizione Ordine Medici N 3428" (d'ora in poi denominato *Fornitore*).

La sottoscritta prende atto che la FEA e il suo utilizzo sono disciplinati dalle norme e dai principi di seguito riportati, che dichiara di conoscere e che sottoscrive ed approva integralmente.

1. Per FEA si intende la firma apposta dalla *Titolare* con uno stilo elettronico su una tavoletta grafica ad alta sensibilità in grado di rilevare i dati della firma della *Titolare* e associarli al documento informatico riprodotto sullo schermo della tavoletta unitamente all'immagine della firma stessa.
2. La *Titolare* autorizza ad acquisire i dati della sua firma che viene racchiusa e sigillata elettronicamente all'interno del documento con programmi informatici tali da garantire la sicurezza e la privacy della *Titolare*. In particolare, i predetti programmi permettono al *Fornitore* di conoscere esclusivamente l'immagine della firma del *Titolare* senza che possa fruire dei dati di firma e senza che possa liberamente disporre. I codici e le procedure di sicurezza per l'accesso ai dati completi della sottoscrizione sono conservate da uno o più soggetti terzi appositamente incaricati che forniscono i dati di firma esclusivamente nei casi previsti dalla legge, su richiesta delle Autorità competenti e/o su richiesta della *Titolare* dei dati stessi. Il trattamento dei dati sensibili della *Titolare* che il *Fornitore* acquisisce in relazione a specifiche operazioni, prodotti e servizi dallo stesso richiesti, avviene nel rispetto degli obblighi di riservatezza e nell'osservanza della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Iscr. Albo Odontoiatri N 16 - Iscr. Ordine Medici N 3428
Via Masutto, 11 - 31100 Treviso Italy
Tel +39 0422 421971 Fax +39 0422 422047
Cod. Fisc. PRS CRL 53R25 L407Z - P.IVA 01134760261

Dott. Carlo Perissinotto

Medico Chirurgo - Medicina Integrata

www.dislessia.tv · www.studioperissinotto.it

3. Il documento informatico sottoscritto con FEA garantisce l'identificabilità dell'autore, l'integrità e l'immodificabilità del documento, ed ha l'efficacia prevista dal Codice dell'Amministrazione Digitale (D.lgs 7 marzo 2005 n. 82, cd. CAD).
4. La FEA è sottoposta alla norme in materia di firma elettronica avanzata stabilite dal Codice dell'Amministrazione Digitale (D.lgs 7 marzo 2005 n. 82, cd. CAD), così come modificato dal D.lgs 30 dicembre 2010 n. 235, dalle Regole Tecniche dettate ai sensi dell'art. 71 del CAD e successive modificazioni.
5. Il documento informatico sottoscritto con FEA viene archiviato digitalmente nel sistema informatico del *Fornitore e/o* delle società incaricate dal *Fornitore* del Servizio e la *Titolare* può richiederne in ogni momento un duplicato informatico per il periodo in cui il *Fornitore* è tenuto a conservare per legge la documentazione così sottoscritta. Il *Fornitore* fornirà alla *Titolare* il documento informatico nei modi volta per volta concordati con la *Titolare*.
6. La *Titolare* può richiedere in ogni momento il rilascio di copia cartacea dei documenti informatici da lei sottoscritti.
7. In ogni momento la *Titolare*, se lo desidera, può ottenere copia della presente richiesta dal *Fornitore*. In ogni momento la *Titolare* può revocare il consenso all'utilizzo della FEA mediante richiesta da presentarsi per iscritto presso la dipendenza ove ha chiesto di poter utilizzare questa modalità di firma o mediante raccomandata A.R. o mediante Posta Elettronica Certificata. Le comunicazioni fatte con altre modalità non produrranno l'effetto richiesto. Il *Fornitore* provvederà a disattivare la modalità di firma entro i 7 giorni lavorativi successivi a quello in cui ha ricevuto la comunicazione di revoca.
8. Il *Fornitore* per motivi tecnici, di sicurezza o di forza maggiore può in ogni momento sospendere o interrompere la possibilità per la *Titolare* di utilizzo della FEA.
9. Per quanto qui non espressamente previsto si applicano le disposizioni contrattuali e le condizioni economiche previste per i rapporti e le operazioni per i quali il *Fornitore* renderà possibile l'utilizzo della FEA.

Maggiori e più puntuali informazioni sulle caratteristiche della modalità di FEA e sul perimetro operativo di applicazione sono disponibili sul sito internet per i minori www.dislessia.tv e per gli adulti www.studioperissinotto.it

Treviso, 16/05/2022

Luogo e Data

Firma della Titolare

MDfeapaz#0522

Iscr. Albo Odontoiatri N 16 - Iscr. Ordine Medici N 3428
Via Masutto, 11 - 31100 Treviso Italy
Tel +39 0422 421971 Fax +39 0422 422047
Cod. Fisc. PRS CRL 53R25 L407Z - P.IVA 01134760261