

REFERENDUM E REGIONALI DEL 20 E 21 SETTEMBRE 2020

VOTO DOMICILIARE PER ELETTORI IN CONDIZIONI DI QUARANTENA O ISOLAMENTO FIDUCIARIO PER

COVID-19

COMUNE DI PIANA CRIXIA

IL SINDACO

Visti il decreto del Presidente della Repubblica in data 17/7/2020 ed il decreto del Presidente della Giunta Regionale del 23/7/2020 con i quali sono stati convocati i comizi elettorali per le consultazioni referendarie e regionali del 20 e 21 settembre 2020;

Vista la situazione epidemiologica da Covid-19;

Viste le disposizioni di cui all'art. 1 ter del Decreto Legge 20 aprile 2020 n. 26 (legge di conversione n. 59/2020);

Vista la circolare del Ministero dell'Interno n. 34, con la quale è stato trasmesso il protocollo sanitario di sicurezza contenente le misure di prevenzione del rischio di infezione da SARS-COV-2 in occasione delle elezioni 2020;

Visto il Decreto Legge 14 agosto 2020 n. 103, recante "Modalità operative, precauzionali e di sicurezza per la raccolta del voto nelle consultazioni elettorali e referendarie dell'anno 2020";

Vista la circolare del Ministero dell'Interno n. 39/2020 contenente le disposizioni di attuazione del Decreto Legge sopra richiamato;

RENDE NOTO

che, limitatamente alle consultazioni elettorali e referendarie 2020, gli elettori sottoposti a trattamento domiciliare e quelli che si trovino in condizioni di quarantena o di 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 ed il 15 settembre, l'elettore dovrà far pervenire al Sindaco del Comune nelle cui liste è iscritto, a mezzo posta, e-mail (anagtrib@comune.pianacrixia.sv.it) o a mezzo PEC (protocollo@pec.comune.pianacrixia.sv.it) i seguenti documenti:

- a) una dichiarazione in cui attesta la volontà di esprimere il voto presso il proprio domicilio indicandone l'indirizzo completo;
- b) un certificato, rilasciato dal funzionario medico designati dai competenti organi dell'ASL, in data non anteriore al 6 settembre 2020, che attesti l'esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare o di quarantena o di isolamento fiduciario per Covid-19 (per il rilascio del certificato medico seguire le istruzioni impartite dall'ASL 2 Savonese che si allega in copia);
- c) Informativa trattamento dati richiesta dall'ASL;
- d) fotocopia carta d'identità.

L'Ufficiale Elettorale del Comune nelle cui liste è iscritto l'elettore, sentita l'ASL competente, assegna l'elettore ammesso al voto domiciliare alla sezione ospedaliera, istituita presso strutture sanitarie con almeno 100 posti letto, con reparto Covid-19, territorialmente più prossima al domicilio del medesimo.

Entro il 19 settembre 2020 verrà comunicata all'elettore la sezione ospedaliera alla quale è stato assegnato.

PIANA CRIXIA, addì 09 settembre 2020



IL SINDACO
MASSIMO TAPPA

COMUNE DI PIANA CRIXIA
Pubblicato dal 10/09/2020
21/09/2020

MASSIMO TAPPA

Dichiarazione di elettore sottoposto a trattamento domiciliare o che si trova in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario per COVID-19, attestante la volontà di esprimere il voto domiciliare in occasione delle consultazioni del 20/21 settembre 2020.

Al Sig. Sindaco del Comune di

PIANA CRIXIA (SV)

Il sottoscritto sesso M F
nato a il
residente in via
domicilio di quarantena o isolamento fiduciario se è diverso da quello di residenza
.....
C.F.: TEL./CELL.
titolare della tessera elettorale¹ n. rilasciata
dal Comune di in data
....., iscritto nella sezione n.

Dichiara

ai sensi dell'art. 3 del D.L. 14 agosto 2020, n. 103, che intende votare presso la propria abitazione presso la propria residenza sopra indicata.

Il

IL DICHIARANTE

.....

Allegati:

- Copia carta d'identità;
- Copia della tessera elettorale;
- Informativa trattamento dati;
- Certificato, rilasciato dal funzionario medico, designato dai competenti organi dell'azienda sanitaria locale, in data non anteriore al quattordicesimo giorno antecedente la data della votazione, che attesti l'esistenza delle condizioni di trattamento domiciliare o che si trova in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario per COVID-19.

¹ In caso l'elettore non sia in possesso della tessera elettorale, ma di attestato del Sindaco rilasciato ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. n. 299/2000, riportare i dati dello stesso.

Indirizzo: Via Collodi, 13 – 17100 Savona Tel: 019.840.5992

e-mail: igienepubblica@asl2.liguria.it

Oggetto: 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 – adempimenti e termini (art. 3 del decreto legislativo n. 103/2020).

Per il rilascio del certificato per l'esercizio domiciliare del diritto del voto da parte degli elettori sottoposti a trattamento in condizioni di quarantena o isolamento fiduciario per Covid-19, si prega di inviare una e-mail: elezionicovid@asl2.liguria.it ; specificando:

nome e cognome

codice fiscale

numero telefonico

domicilio di residenza

domicilio di quarantena o isolamento fiduciario se è diverso da quello di residenza

copia carta d'identità

certificato dei trattamenti dati

cordiali saluti



Il Direttore
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Dott.ssa Virna Frumento

**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
cognomenome.....
Nata ail.....
Residente inVia/P.zza.....n.....
Documento d'identità nrilasciato 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

RICHIEDE ED AUTORIZZA¹

ASL2 Savonese ad inviare la seguente documentazione :

al seguente recapito di posta elettronica non certificata :

DICHIARA INOLTRE DI MANLEVARE E MANLEVA 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>