

**All'Assemblea Generale di Gard –Italia**

Per il tramite della segreteria  
Ministero della Salute  
Via Giorgio Ribotta, 5  
00144 Roma  
[s.mele@sanita.it](mailto:s.mele@sanita.it)

**La scrivente.....**  
**con sede.....**  
**rappresentata legalmente da**  
.....

**Chiede**

- di poter aderire all'Alleanza volontaria GARD-I

**Dichiara**

- di aver preso visione e di accettare senza riserve il documento di strategia;
- di condividere le finalità dell'Alleanza, espresse nel documento di strategia, e di voler contribuire alla realizzazione del comune obiettivo di sviluppare, nel contesto italiano, una strategia di prevenzione e di assistenza alle malattie respiratorie;

**Si impegna a**

- osservare con scrupolo il regolamento di Gard - Italia;
- utilizzare il nome dell'Alleanza, esclusivamente secondo quanto previsto dal regolamento e, comunque, mai per attività che abbiano scopo di lucro, anche indiretto;

**Prende atto**

- che la richiesta di adesione deve essere accompagnata dalla:
  - o presentazione delle attività svolte dalla scrivente ..... (Allegato 1);
  - o dichiarazione di assenza di conflitti di interesse (Allegato2);
  - o consenso al trattamento dei dati personali (Allegato 3).
- che la richiesta di adesione è subordinata all'accettazione da parte dell'Assemblea Generale, come previsto dall'art.6 del regolamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il rappresentante legale**



*Campi da compilare obbligatoriamente*

<b>ENTE / ASSOCIAZIONE / SOCIETA':</b>	
<b>SEDE:</b>	
<b>TELEFONO:</b>	
<b>FAX/PEC:</b>	
<b>E-MAIL:</b>	
<b>SITO:</b>	
<b>NUMERO ISCRITTI<sup>1</sup></b>	
<b>RAPPRESENTATA DA:</b>	
<b>RECAPITI RAPPRESENTANTE:</b>	<i>E-Mail:</i>
	<i>Telefono:</i>
	<i>Cellulare:</i>
	<i>Altro:</i>
<b>ULTERIORI INFORMAZIONI :</b>	



<sup>1</sup> Inserire il numero degli iscritti al momento della presentazione della richiesta di adesione. I dati dovranno essere costantemente aggiornati su richiesta della segreteria di Gard -Italia

*Si prega di voler tracciare una breve descrizione dell'Associazione/Società /Ente seguendo, ove possibile il seguente schema:*

**Storia:**

**Mission**

**Attività**

**Organizzazione**

**Adesioni**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

(ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a:

.....

nato/a ..... prov. .... il .....

in qualità di rappresentante legale dell' Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione

: .....

.....

con riferimento alla partecipazione all'Alleanza volontaria Gard Italia, istituita presso il Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria

**CONSAPEVOLE**

delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000, e s.m.i., per le ipotesi di rilascio di dichiarazioni mendaci o formazione o uso di atti falsi, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 del medesimo d.P.R.

sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

**Sez. A**

- che l'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione che rappresenta non ha conflitti di interessi con l'azione dell'Alleanza Gard Italia che possano pregiudicare le finalità da essa previste;
- che l'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione che rappresenta non ha rapporti economici e/o di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali delle industrie produttrici di prodotti del tabacco e succedanei, che possano determinare un conflitto di interessi con l'azione dell'Alleanza e/o pregiudicare le finalità da essa previste;

**Sez. B**

Dichiara, altresì (BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE)

- che l'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione che rappresenta non ha rapporti economici e/o di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.

OPPURE

che l'Associazione/Federazione/Società/Gruppo/Fondazione che rappresenta ha rapporti economici e/o di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

#### **SI IMPEGNA**

a dare tempestiva comunicazione al Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria, di situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, di qualsiasi natura, che possano eventualmente insorgere nel corso della partecipazione all'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari e a rispettare le determinazioni che il Ministero della Salute assumerà in merito alla situazione di conflitto emersa.

ad astenersi dal partecipare all'interno dei lavori dell'alleanza, alle discussioni e alle deliberazioni in merito ad argomenti per i quali sussista una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi, di qualsiasi natura, e in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

**Il rappresentante legale**



**Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui questa Amministrazione entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

Finalità del Trattamento

I dati forniti verranno registrati, archiviati ed utilizzati esclusivamente per i fini di sanità pubblica perseguiti dall'alleanza stessa e per fini strettamente amministrativi

Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori poiché è essenziale per i fini perseguiti e per le modalità di lavoro adottate dall'Alleanza detenere un elenco aggiornato degli iscritti e dei relativi dati

Comunicazione e diffusione dei dati

I dati forniti potranno essere comunicati esclusivamente agli iscritti dell'Alleanza o ad eventuali stakeholders. Non saranno comunicati e diffusi a soggetti esterni all'Alleanza

Titolare del Trattamento

Il titolare del trattamento dei dati forniti è il Ministero della salute- Direzione Generale della Prevenzione sanitaria-Ufficio 8°

Diritti dell'interessato

In ogni momento, codesta Società/Associazione/Federazione/Gruppo potrà esercitare i diritti previsti , ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

I diritti potranno essere esercitati con richiesta inviata via e-mail e via pec alla segreteria dell'alleanza Gard Italia:

Segreteria Gard -Italia E-mail: [s.mele@sanita.it](mailto:s.mele@sanita.it), PEC: [dgprev@postacert.sanita.it](mailto:dgprev@postacert.sanita.it)

Il sottoscritto/a, in qualità di rappresentante della Società/Associazione/Federazione/Gruppo dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Io sottoscritto/a in qualità di rappresentante della Società/Associazione/Federazione/Gruppo alla luce dell'informativa ricevuta

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso**

al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso**

alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

**Il rappresentante legale**