



1|1

**MODULO DI ADESIONE AL SERVIZIO DI FIRMA ELETTRONICA AVANZATA IN MODALITA' GRAFOMETRICA
EROGATO DA FAMILY MED S.r.l.**

Io sottoscritto _____ Codice Fiscale _____ nato a
_____ il _____ Indirizzo di residenza _____ Prov. _____
Naz. _____ email _____ Telefono _____

Dichiarazione di Adesione Servizio FEA

Viste le informazioni fornite dal **FAMILY MED S.r.l.** attraverso le Condizioni di Servizio allegate al presente Modulo, nel rispetto della normativa in materia di formazione e conservazione dei documenti informatici, apponendo la firma elettronica sul presente Modulo di Adesione al Servizio:

- dichiaro di aderire al Servizio di Firma Elettronica Avanzata in modalità grafometrica e OTP erogato dal **FAMILY MED S.r.l.**;
- dichiaro il mio accordo a utilizzare documenti informatici nei rapporti con lo **FAMILY MED S.r.l.**;
- acconsento a sottoscrivere ogni documento contrattuale mediante dispositivi hardware per la rilevazione grafometrica di firma, con tavoletta grafometrica e penna elettronica;
- acconsento a sottoscrivere ogni documento contrattuale utilizzando anche il proprio dispositivo cellulare personale con numero **FAMILY MED S.r.l.** per la ricezione dell'OTP;
- autorizzo lo **FAMILY MED S.r.l.** a trasmettere presso la casella e-mail, eventualmente comunicata, il duplicato del presente Modulo di adesione, la documentazione precontrattuale e la copia del contratto sottoscritto con la firma elettronica avanzata in modalità grafometrica e OTP.

FIRMA UTENTE

Firma Consenso trattamento dati biometrici

Viste le informazioni fornite al **FAMILY MED S.r.l.**, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali apponendo la firma elettronica sul presente Modulo di Adesione al Servizio

- dichiaro di essere stato informato in maniera esaustiva in merito al trattamento effettuato, alle finalità dello stesso ed ai soggetti ai quali i dati possono essere comunicati nel rispetto di dette finalità e di acconsentire al trattamento dei dati biometrici rilevati all'apposizione della firma tramite tavoletta grafometrica da parte del **FAMILY MED S.r.l.** a cui si riferiscono i documenti da me sottoscritti.

FIRMA UTENTE

Data ____/____/____