

Modulo di richiesta dell'interessato 1¹

Non siete obbligati a compilare questo modulo per fare una richiesta, ma facendolo ci renderà più facile elaborare la sua richiesta in modo più efficiente.

Data di richiesta: _____

Informazioni di contatto del richiedente:

Nome

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Cognome

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Telefono

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Email

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Paese

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Indirizzo

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Città

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Stato/Provincia

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Richiesta di Dati Personali

Vorrei quanto segue:

- Confermare che siete in possesso dei miei dati personali
- Ricevere una copia dei miei dati personali
- Aggiornare I miei dati personali
- Annullare l'iscrizione alle attività di marketing di Blueprint Medicines
- Ritirare il consenso all'utilizzo dei miei dati personali
- Cancellare i miei dati personali
- Reclamare sull'uso dei miei dati personali

Dettagli dell'interessato

Uguale al Richiedente

Nome

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Cognome

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Telefono

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Email

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Paese

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Indirizzo

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Città

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

Stato/Provincia

[Fare Clic o toccare qui per inserire il testo.](#)

¹ Le richieste riceveranno una risposta entro trenta (30) giorni dal ricevimento da parte di Blueprint Medicines. Ulteriori tempi possono essere richiesti in base alla complessità della richiesta. In tal caso Blueprint Medicines ti contatterà se ulteriore tempo è necessario per la elaborazione della sua richiesta. La verifica dell'identità sarà richiesta. Se la richiesta non è presentata dal Soggetto Interessato o dal genitore di un Soggetto Interessato minorenni, questa richiesta deve includere la conferma che il richiedente ha l'autorità di agire per conto del Soggetto Interessato (ad esempio, prova della tutela, procura).

Relazione con Blueprint Medicines

- Richiedente di lavoro o candidato
- Riferimento per un candidato al lavoro
- Ex dipendente o ex personale contingente
- Professionista Sanitario
- Organizzazione sanitaria
- Fornitore
- Paziente/Caregiver
- Altra Persona Privata

A quale funzione o gruppo di Blueprint Medicines sono stati forniti i suoi Dati personali?

- Clinica
- Commercialw (Vendite e Marketing)
- Finanza
- Risorse Humane
- Tecnologia dell'informazione
- Legale
- Medico
- Ricerca
- Altro/Non so

Se ha chiesto di ricevere una copia dei dati richiesti, come vorrebbe ricevere i dati (se si trova in possesso di Blueprint Medicines)?

- Copie Elettroniche
 - Accesso al sito protetto
 - tramite E-mail come viene specificata al di sopra
- Copie Cartacee
 - Posta
 - Ritirare dall'ufficio di Blueprint Medicines

Dichiarazione

Inviando questo modulo a Blueprint Medicines, Lei:

- Conferma di aver letto e compreso i termini di questo Modulo di Richiesta dell'Interessato e che le informazioni fornite sono accurate e complete
- Conferma di essere il Soggetto Interessato indicato o il rappresentante autorizzato del Soggetto Interessato indicato in questo Modulo di Richiesta dell'Interessato.
- Acconsente al trattamento dei suoi dati personali forniti in questo modulo per l'identificazione dei dati personali sui quali si sta facendo una richiesta e per rispondere alla sua richiesta.

Firma: _____