

Studio Medico/Odontoiatrico

Dott. _____

Sede _____

Telefono _____

Mail _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto sig. _____ (paziente), nato a _____ il _____ residente in _____ (Codice fiscale: _____), essendo stato informato su:

- l'identità del Titolare Responsabile della protezione dei dati e dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- la misura e delle modalità con le quali il trattamento avviene;
- le finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico/odontoiatra a tutela della mia salute e per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate;
- il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- il diritto alla revoca del consenso.

Così come indicato nell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 con la sottoscrizione

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di diagnosi e cura al Dott. _____ secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

Firma del paziente
