

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Il/la sottoscritto/a

Nato/a..... il.....

Residente in..... Provincia.....

CAP..... Via

Tel..... Cell.....

Email..... C.F.....

dichiara di essere stato informato su:

1. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le 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;
3. 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;
4. il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Luogo Data/...../.....

Ai sensi dell' art. 10 delle leggi n. 675/96 e 196/03 in materia di tutela dei dati personali, esprimo il consenso alla Dott.ssa Stefania Cocchi al trattamento dei miei dati personali e sensibili, per adempimenti fiscali, contabili, gestionali e a fini di diagnosi e cura. Tali dati non verranno ceduti a terzi per nessun motivo e potrò in qualsiasi momento variarli o cancellarli in virtù dell'art. 13 legge 675/96.

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

.....

Da conservare da parte del medico