

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, nel rispetto delle linee guida di cui alla normativa, anche di carattere amministrativo, concernente l'emergenza sanitaria in atto (c.d. "CoVid 19"), di cui ai Decreti Legge n. 18 e n. 23 del 2020, nonché alla regolamentazione di esecuzione di cui ai DPCM ratione temporis applicabili".

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

Firma del paziente
