

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Studio Medico associato:.....
SEDE.....

Il sottoscrittonato a.....il.....residente
in.....Via.....cap.....Località..... 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 dallo studio medico a tutela della propria salute;
- 2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati 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 titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. la necessità di fornire i dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni sanitarie adeguate.

Data

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura a.....

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

Da conservare da parte dello studio medico associato