ALLEGATO n.3 - Accettazione e consenso al trattamento dei dati da parte del paziente

Intestazione
Studio medico/odontoiatrico

Dott. ……

Indirizzo ……

Comune ……

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

Comune di residenza ..... Prov. ( )

indirizzo ..... CAP .....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Essendo stato/a informato/a 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 commercialisti) 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 Comunitario 2016/679 con la sottoscrizione

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e seguenti 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 per esteso e leggibile)