

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il sottoscritto nato a..... il..... residente in
Via..... CAP Località.....

1) dichiara di essere stato informato su:

- ✓ 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;
- ✓ 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;
- ✓ 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 nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
- ✓ la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

2) dichiara:

- ✓ che l'informazione è stata fornita con un colloquio in cui ha avuto modo di porre domande e quesiti

Data

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura
al **Dr Alberto Coccia**

Firma dell'interessato o del rappresentante legale