

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott.
TITOLARE STRUTTURA SANITARIA MEDICA
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 dal medico a tutela della propria salute;
- 2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private fiscalisti, medici associati e collaboratori) 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 della struttura;
- 5 l'impossibilità a procedere nel rapporto di cura nel caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

Data

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

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

Da conservare da parte del Titolare della struttura sanitaria