

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER I PAZIENTI

Il sottoscritto
nato
a.....il.....
residente in.....Via.....
cap.....Località.....
email.....Tel.....

dichiaro di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale in vigore, ed esprimo il consenso, e di essere stato esaurientemente e chiaramente 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 salute;

2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti, ministero Finanze, Enti pubblici quali INPS, Inail ecc.) 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 e/o la limitazione nell' utilizzo degli stessi;

4 il nome del medico titolare del trattamento dei dati personali ed i suoi dati di contatto;

5 la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate e la fruizione dei servizi sanitari secondo la attuale disciplina.

Il sottoscritto esprime quindi

il libero e consapevole consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione al CFR SRL - CENTRO FISIOTERAPICO RIABILITATIVO, Titolare del trattamento dei dati medesimi.

Acconsento Non acconsento

al trattamento dei miei dati personali per l'invio tramite sms e/o e-mail di comunicazioni a fini promozionali, commerciali, marketing e vendita diretta, nonché di una newsletter informativa o promozionale da parte di CFR SRL in relazione alle proprie iniziative.

Data

Firma dell'interessato