

DICHIARAZIONE DI CONSENSO PAZIENTI

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Santa Chiara Sas secondo le finalità riportate di seguito:
Assistenza nella cura dei pazienti; Adempimento di obblighi fiscali e contabili; Gestione del contenzioso; Invio di materiale informativo e/o pubblicitario anche mediante telefono o internet; Strumenti di pagamento elettronico; Gestione contabile o di tesoreria; Diagnosi, cura e terapia pazienti

Dichiaro di essere titolare della responsabilità genitoriale sul minore:

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Poiché _____ (indicare se genitore, tutore, ecc.)

Castelmassa RO, data _____ Firma _____

FINALITÀ PER LE QUALI NON È RICHIESTO CONSENSO

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta
- per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento
- per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:

Assistenza nella cura dei pazienti; Diagnosi, cura e terapia pazienti; Adempimento di obblighi fiscali e contabili; Strumenti di pagamento elettronico; Gestione del contenzioso; Gestione contabile o di tesoreria

CONDIZIONI PER CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Carte sanitarie (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie pregresse (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Stato di salute (Dati relativi alla salute); Dati biometrici (Dati biometrici); Immagini (Dati sensibili); Dossier sanitario elettronico (Dati relativi alla salute);

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche. Negando il consenso esplicito non sarà possibile usufruire del servizio/prodotto

autorizzo il trattamento

NON autorizzo il trattamento

FINALITÀ BASATE SUL CONSENSO

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per la finalità sotto riportata (art. 7 Regolamento 2016/679).

Finalità: Invio di materiale informativo e/o pubblicitario anche mediante telefono o internet

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla suddetta finalità:

CONSENTO

NON CONSENTO

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:

In caso di dissenso al trattamento non sarà possibile fornire comunicazioni non strettamente legate all'attività pregressa ma che in ogni caso potrebbe essere di grande interesse dell'interessato.

L'interessato è altresì conscio che le comunicazioni potranno essere fatte sia con mezzi tradizionale (posta cartacea, telefono, sms, e-mail) che con mezzi più sofisticati e telematici (WhatsApp, Viber, Social, ecc.). Qualora l'interessato non gradisse l'utilizzo di qualunque di questi mezzi è pregato di farlo presente al titolare o ai suoi incaricati i quali provvederanno ad escludere il mezzo non gradito.

Castelmassa RO, data: _____

Firma dell'interessato o di chi ne fa le veci
