

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

DATA ___/___/___

Il sottoscritto, _____ CF _____ per se
oppure in qualità di: Tutore ; amministratore di sostegno ; genitore/esercentela potestà
genitoriale ; legale rappresentante di _____

Cartella n. _____ Squadra _____

VISTA l'informativa sulla privacy (Art. 12 e 13 del GDPR) a Lei consegnata dal personale del
Poliambulatorio San Donato e consapevole che:

Cognome Nome
Nat..... a il
Residente e/o domicilio
Documento d'identità Tel.
Sport per cui è stata richiesta la visita CF
Prima visita Visita successiva
Eventuali altri sport praticati

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e relativi alla salute
2. il consenso, una volta manifestato, può essere modificato o revocato. in qualsiasi momento, in tutto o in parte
3. Il consenso viene manifestato un'unica volta e sarà valido fino a revoca espressa , o fino al compimento del 18° anno di età dell'interessato (in caso di minore)
4. potrò decidere di oscurare. in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e/o cura;
5. per la revoca, modifica o oscuramento di cui sopra e per l'esercizio del diritto d'accesso potrò rivolgermi direttamente al nostro personale di accoglienza o inviando una e-mail all'indirizzo info@centrosandonato.it

DICHIARO

di aver letto e compreso il contenuto dell'informativa sulla privacy acconsentendo consapevolmente al trattamento dei miei dati personali e relativi alla salute da parte del titolare del trattamento, secondo le modalità di cui alla predetta informativa:

PRESTO SEPARATAMENTE IL CONSENSO

per inviarmi via e-mail, posta, sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale divulgativo sui servizi offerti dal Titolare e/o rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi:

SI NO

Lì,
.....
(timbro e firma del medico)

FrancaVilla, lì _____

Firma _____