Il sottoscritto …………………………..nato 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 dai medici operanti nello Studio Medico Pediatrico “IL PICCOLO PRINCIPE” di v. la spezia 4 –Albano Laziale a tutela della propria salute;

2 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;

3 il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l’aggiornamento, la rettifica, l’integrazione e la cancellazione

4 i nomi dei medici che saranno titolari del trattamento dei dati personali nonché l’indirizzo del relativo studio professionale;

5 la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l’erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Data

acconsento all’invio di comunicazioni inerenti offerte di tipo sanitario provenienti da detto Studio Medico: SI……. NO……

Accetto di ricevere certificazioni, referti, cartella clinica tramite mail o Whatsapp : SI……. NO………

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

Dr Giangrande Luca responsabile dell’Ambulatorio

Firma

e per conto di: