

INTESTAZIONE STUDIO MEDICO

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 (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 nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;

4 il nome del medico che sarà titolare 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 / / .

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

Minore (nome e rapporto di parentela)

o il Diversabile (di cui sono

Amministratore di Sostegno giusta nomina del / / .

Firma dell'interessato