



CONSENSO PAZIENTI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Rev 01 del 20/06/21

Il Centro Medico Bleu Feragalli S.r.l., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, La invita a prendere visione dell'Informativa Privacy resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg.UE 2016/679 riportata nel sito internet istituzionale www.feragalli.com e nelle varie tabelle informative esposte nei locali/aree d'attesa. Il trattamento dei Suoi dati personali e dei dati appartenenti a categorie particolari di cui all'art.9 del Reg.UE 2016/679, vale a dire "dati relativi alla salute o alla vita sessuale della persona", sarà improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Premesso quanto sopra, il Titolare del Trattamento ha predisposto un apposito modulo – di seguito riportato – che Lei può sottoscrivere al momento dell'accettazione e comunque prima dell'esecuzione della prestazione medica, salvo le eccezioni disciplinate della normativa vigente.

Il/La sottoscritto/a cognome nome _____

nato a _____ il _____, dichiara di aver preso visione dell'Informativa Privacy resa dal Titolare del Trattamento ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg.UE 2016/679 riportata nel sito internet istituzionale e nelle varie tabelle informative esposte nei locali/aree d'attesa; esprime altresì di averne compreso i contenuti e di essere consapevole che il Trattamento dei propri dati sarà necessario allo svolgimento delle operazioni indicate nella citata informativa secondo le modalità e le finalità in essa descritte.

PRESTA, inoltre, il proprio **CONSENSO** per:

A) la comunicazione dei dati ai seguenti ulteriori soggetti:

al medico di fam. dott. _____ tel. _____

al sig. _____ tel. _____

B) l'invio di informazioni/newsletter all'indirizzo di posta elettronica @ _____

o SMS tel. _____

Acconsento espressamente per i punti A, B

Firma leggibile _____ (*firma dell'Interessato/tutore per i minori*)

Pescara, _____