

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

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 Istituto di Radiologia e Terapia Fisica dott. Cicio S.r.l. secondo le finalità riportate di seguito:

Gestione dei pazienti, Diagnosi, cura e terapia pazienti, Registrazione pazienti e gestione amministrativa, adempimenti fiscali e contabili.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili e quelli 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:

Origini razziali (Dati sensibili); Carte sanitarie (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Stato di salute (Dati relativi alla salute)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche (Art. 6 GDPR 2016/679)

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento,
CONSENTO _____ NON CONSENTO _____

al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

Gestione dei pazienti, Diagnosi, cura e terapia pazienti, Registrazione pazienti e gestione amministrativa adempimenti fiscali e contabili

Località e Data

Firma _____