

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 PAZIENTI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Dichiara di:

- **essere stato informato dei propri diritti** (art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679) nei confronti del trattamento dei dati personali e delle categorie particolari di dati (in particolare dati relativi allo stato di salute);
- **aver preso visione dell'Informativa (MOPD 04-001)**, ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 e di essere consapevole che i dati personali sono trattati per le finalità di cui ai **punti 2.a, 2.b, 2.c, 2.d e 2.e dell'informativa**, ovvero per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, per la gestione amministrativa e contabile del rapporto e per l'adempimento di obblighi di legge; essere consapevole che, per tali finalità, il trattamento dei dati non richiede il consenso in quanto basato sull'esecuzione di un obbligo contrattuale di cui l'interessato è parte, sull'adempimento di obblighi di legge e sulle finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria (art. 6.1.b, 6.1.c e art. 9.2.h GDPR).

Inoltre

presta non presta

Il consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti esterni (esempio laboratori o ambulatori convenzionati) nelle modalità apprese dall'informativa;

presta non presta

Il consenso per il trattamento riportato nel **punto 2.f dell'informativa** per quanto riguarda il trattamento per le finalità di marketing ed informazione promozionale attraverso l'invio di e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su servizi offerti dal Titolare e rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi;

presta non presta

Il consenso per il trattamento riportato nel **punto 2.h dell'informativa** per quanto riguarda il servizio di promemoria per visite di controllo periodiche su indicazione dello specialista.

Altamura (BA), _____

Il soggetto interessato
(firma leggibile)

_____ o eventuale tutore, amministratore di sostegno o altro soggetto legittimato (*)

Consenso alla trasmissione a mezzo posta elettronica dei referti

Il/la sottoscritto/a, presa visione dell'Informativa, con riferimento al **punto 2.g** relativo all'invio dei referti via e-mail o PEC, dichiara di poter revocare in ogni momento il presente consenso:

presta non presta

il consenso alla trasmissione a mezzo di posta elettronica dei referti che mi riguardano al seguente indirizzo:

Indirizzo email: _____

Firma leggibile _____

(*) Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, dal tutore o dall'amministratore di sostegno, ovvero, nei casi previsti dalla normativa vigente, da un prossimo congiunto o da un familiare.

