

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 2016/679)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a..... il.....

C.F:.....

residente nel Comune di

IndirizzoCAP.....

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 odontoiatra a tutela della propria salute;

2. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (collaboratori odontoiatri, igienisti, sostituti, laboratorio odontotecnico, altri specialisti, case di cura o ospedali, 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.

6. In ogni momento Lei potrà esercitare (ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. 196/2003 e degli artt. dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/79) il diritto di accesso ai propri dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione, ottenere la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati, opporsi all'invio di comunicazioni commerciali nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati personali (garante@gdpr.it o protocollo@pec.gdpr.it) ;

Data

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

Firma dell'interessato