



Data _____

Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ Luogo _____

Residenza _____ Via - C.A.P. _____

Domicilio _____ C. Fiscale _____

e- mail _____ Tel. _____

Le comunichiamo che i dati che Lei ci fornisce all'atto di sottoporsi alla prestazione specialistica ambulatoriale obbligatori per legge, serviranno sia per rilevare il Suo attuale stato di salute sia per fini amministrativi e saranno conservati nei nostri archivi.

I Suoi dati anagrafici, i referti e quant'altro necessario saranno comunicati, in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alle aziende sanitarie locali e, dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria o ad altri enti destinatari per legge o regolamenti.

La informiamo altresì che:

- in base all'art. 22 DL 196/2003 qualora i Suoi dati dovessero necessitare per finalità di ricerca scientifica o di statistica saranno trasmessi in modo anonimo;
- i dati personali idonei a rilevare il Suo stato di salute Le saranno notificati solo per il tramite del medico responsabile dello studio;
- i dati vengono raccolti e detenuti da questo studio medico in base ad obblighi di legge e pertanto non necessitano di consenso al trattamento;
- I suoi diritti in relazione ai Suoi dati personali sono quelli di cui all'art.7 e 13 del DL 196/2003.

FORMULA DI CONSENSO:

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del DL 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale".

FIRMA LEGGIBILE _____