

**Espressione del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte  
dell'interessato ai fini della Legge 31/12/1996 numero 675**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il giorno \_\_/ \_\_/ \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ )

in via \_\_\_\_\_, numero civico \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

AUTORIZZA

la Dottoressa Chiara Vassalli a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, amministrativi, fiscali e statistico-epidemiologici (per questi ultimi scopi i miei dati dovranno essere utilizzati solo in forma anonima);

DICHIARA

di essere stata/o informata/o 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 a tutela della propria salute;
- 2) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e 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 ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Da conservare da parte della Dottoressa Chiara Vassalli.

Sono interessato/a a ricevere la newsletter con le attività culturali:    Sì     No

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_