



INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali, anche sensibili e genetici, saranno trattati al solo fine di svolgere le attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, per altre prestazioni specialistiche, nonché per i correlati adempimenti di legge, per finalità gestionali e statistiche, in adempimento degli obblighi previsti dalla normativa in tema di servizio sanitario nazionale.

I dati saranno trattati dai Responsabili e dagli Incaricati preposti allo svolgimento delle operazioni di registrazione ed elaborazione dati, dai Medici che collaborano con la nostra struttura, nonché dal Personale Paramedico e di Segreteria, debitamente istruito e formato per assicurare il corretto e sicuro trattamento dei dati.

Adottiamo misure di protezione volte a garantire la massima sicurezza degli strumenti informatici e non presso cui i suddetti dati sono conservati e trattati.

Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (commercialisti, consulenti del lavoro, avvocati ecc.) e le Strutture Sanitarie terze che possano per qualunque ragione venirne a conoscenza.

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando ciò dovesse rendersi necessario per ragioni di salute e sicurezza o sia espressamente previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sul Vostro stato di salute a familiari e conoscenti da Voi espressamente di seguito indicati:

NOME _____ COGNOME _____ C.F. _____

NOME _____ COGNOME _____ C.F. _____

In qualunque momento potrete sapere come gli stessi sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i Vostri diritti al riguardo, anche mediante invio della relativa richiesta al seguente indirizzo email: privacy@pavanellogroup.it

Il Titolare del Trattamento
DIAGNOSTICA PAVANELLO SRL

Il D.P.O.
Avv. Giulia Businaro

Atto di consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e genetici.

Io sottoscritto _____ C.F. _____

Acquisite le informazioni, debitamente comprese, sul trattamento dei dati, le finalità e le modalità del trattamento, 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; 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; la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate,

DICHIARO

il mio consenso al trattamento dei dati, personali, sensibili e genetici, per le prestazioni attuali e future.

Data _____, n° _____ **Firma** _____

DOCUMENTO IDENTITA':

PATENTE [] C.I. [] PASSAPORTO [] - NUMERO _____ RILASCIATA IL: _____

AUTOCERTIFICAZIONE:

"AUTOCERTIFICO DI ESSERE IO IL DIRETTO INTERESSATO" **FIRMA** _____

<codic_fisca_bc>

<codic_fisca_bc>