



## PADOVA

**PONTE DI BRENTA** Via Bravi, 49-51 Tel. 049 622.52.11  
**CENTRO** Via Soncin, 38 Tel. 049 87.55.499  
**SCROVEGNI** Via Scrovegni, 10/A Tel. 049 87.59.311

**GUIZZA** Via Alfieri, 13 Tel. 049 68.73.00  
**ALBIGNASEGO** Via Barbarigo, 9 Tel. 049 86.25.966  
**PIAZZOLA S.B.** Via Ing. allo Jufficio, 1 Tel. 049 96.00.680

## VENEZIA

**MARGHERA** Via Paolucci, 36 Tel. 041 92.08.11  
**MIRA** Via Bologna, 5/A Tel. 041 42.65.883  
**DOLO** Via Garibaldi, 52 Tel. 041 41.24.36

**Direttori Sanitari:** Dott. Girolamo Pavanello, Dott. Andrea Luigi Fabrello, Dott. Gian Eugenio Lanzone, Dott. Luca Gerini

## 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](mailto:privacy@pavanellogroup.it)

Il Titolare del Trattamento  
**ANALISI MEDICHE 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>