

Letta e compresa l'informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679,

io sottoscritto/a _____

in qualità di

[1] soggetto interessato;

[2] familiare (indicare il grado di parentela _____), facente le veci del sottoindicato soggetto interessato, nei confronti del quale dichiaro non esistere nessun provvedimento di tutela. Per conto di: nome e cognome _____

[3] tutore legale pro-tempore del sottoindicato soggetto interessato, nominato con provvedimento _____ del ____/____/____ emesso da _____ numero _____ Per conto di: nome e cognome _____

Confermo di aver preso atto dell'informativa relativa al trattamento dei miei dati e/o dei dati della persona che rappresento, da parte di MED PIU' SRL – mediante strumenti elettronici e non, in Italia, in UE e all'Estero.

Confermo di aver preso atto che il conferimento dei dati raccolti è facoltativo, ma indispensabile al fine dell'elaborazione degli stessi procedere all'espletamento e messa in atto dei servizi proposti. Nel caso in cui gli interessati non comunichino i propri dati indispensabili e non ne permettano il trattamento, non sarà possibile procedere all'espletamento e messa in atto dei servizi proposti.

Ricevo altresì l'informazione che il servizio, nelle modalità con cui è stato strutturato prevede che:

- gli incaricati autorizzati del Centro Sportivo possano accedere alle informazioni inerenti le anagrafiche e la gestione degli appuntamenti per le visite, nonché alle informazioni di natura contabile e amministrativa associate ad esse
- il programma utilizzato per la gestione dei dati personali e particolari dei pazienti è fornito da SWSQ - Solution Web Safety Quality srl,, società designata responsabile esterna per le operazioni di trattamento.

Confermo di aver preso visione dei miei diritti in qualità di interessato ad operazioni di trattamento e pertanto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e seguenti GDPR

Acconsento Non acconsento

al trattamento dei miei Dati Personali all'interno della banca dati CARTELLE CLINICHE nei limiti e nel rispetto di quanto riportato all'interno dell'informativa e per le finalità descritte nel REAT, ai sensi del Regolamento per la protezione dei dati.

Luogo, data _____ Firma _____

Acconsento Non acconsento

al trattamento dei miei dati all'interno della banca dati GESTIONE PAZIENTI nei limiti e nel rispetto di quanto riportato all'interno dell'informativa e per le finalità descritte nel REAT, ai sensi del Regolamento per la protezione dei dati.

Luogo, data _____ Firma _____

Acconsento Non acconsento

al trattamento dei miei dati all'interno della banca dati COMUNICAZIONI nei limiti e nel rispetto di quanto riportato all'interno dell'informativa e per le finalità descritte nel REAT, ai sensi del Regolamento per la protezione dei dati.

Luogo, data _____ Firma _____

Acconsento Non acconsento

alla gestione di documenti sanitari e dei dati rilevabili, nel caso di accertamenti medici funzionali al servizio, nei limiti e nel rispetto di quanto riportato all'interno dell'informativa e per le finalità descritte nel REAT D.S., ai sensi del Regolamento per la protezione dei dati ed eventualmente procedere all'invio/condivisione/spedizione di tali documenti ai seguenti recapiti: cell _____
e-mail. _____ indirizzo: _____

Luogo, data _____ Firma _____

Acconsento Non acconsento

al trattamento dei miei dati necessari alla fatturazione all'interno della banca dati AMMINISTRAZIONE nei limiti e nel rispetto di quanto riportato all'interno dell'informativa e per le finalità descritte nel REAT, ai sensi del Regolamento per la protezione dei dati.

Luogo, data _____ Firma _____

IN CASO DI PAZIENTI MINORENNI:

Io sottoscritto/a Signor/a (dati dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore), nome cognome _____,
nato/a a _____, il _____, residente in _____, CAP _____
nella qualità di genitore/tutore e come tale legale rappresentante del minore (dati del minore):

nome _____ cognome _____
nato _____ a _____, il _____,
residente in _____, CAP _____

letto e compreso quanto precede, fermo restando che i Dati Personali del minore non potranno mai essere utilizzati in modo da ledere la sua dignità e/o libertà:

Acconsento Non acconsento

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e seguenti GDPR al trattamento per finalità illustratemi nell'informativa al trattamento e dei Dati Personali del minore.

Acconsento Non acconsento

Alla comunicazione dei Dati Personali del minore al medico curante.

Inoltre, garantisco e dichiaro sotto la mia propria responsabilità, così tenendo indenne il Titolare da qualsiasi responsabilità al riguardo:

- a) di essere il legale rappresentante del minore ed essere legittimato/a a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma o modo, all'esercizio dei diritti di cui sopra;
- b) che i dati identificativi su riportati del dichiarante e del minore corrispondono effettivamente alla loro vera identità.

Luogo, data _____ Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore del minore _____