

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Modulo A)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____ Cell. _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, 7, 8, 9, del Regolamento UE 2016/679

A) **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679, dichiarando di averne acquisito piena conoscenza

SI / NO

B) **ACCONSENTE** che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici e/o alle procedure diagnostiche, oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie

SI / NO

C) **ACCONSENTE** ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679") che i suoi dati saranno trattati, altresì, per le finalità di:

- gestione della clientela (amministrazione dei contratti, attività di marketing e ricerche di mercato).
- gestione dei fornitori (amministrazione dei contratti, attività di marketing e ricerche di mercato).

SI / NO

D) **CONCEDE**, inoltre, il consenso

SI / NO

alla comunicazione dei dati personali e del proprio stato di salute a:

nome cognome indirizzo telefono

Coniuge _____

Familiare _____

Medico Curante _____

Altro _____

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Firma del personale Autorizzato del trattamento dei dati (per esteso e leggibile)