



**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI - DEL REGOLAMENTO UE
GDPR N. 679/2016 (Protezione dati personali)**

Il/la sottoscritto/a: _____

Nato/a a _____ il _____

Indirizzo: _____

Dichiara di essere stato pienamente informato su:

1. Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i miei dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della mia salute;
2. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private, fiscalisti, Ministero delle Finanze, enti pubblici quali INPS, INAIL etc.) o che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati;
3. Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la limitazione nell'utilizzo, la portabilità, il diritto di reclamo all'Autorità Garante nonché la revoca del consenso;
4. Il nome del medico titolare del trattamento dei dati personali e i suoi dati di contatto.

Esprimo pertanto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali e particolari ai fini delle predette finalità, modalità e comunicazione alla dr.ssa Miriam De Dea, titolare del trattamento dei dati medesimi.

Data _____

Firma _____